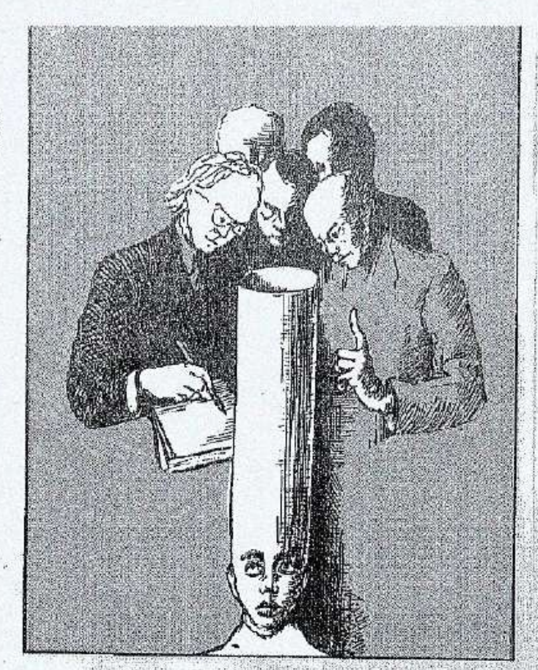
فرانسوا كلوتيه



الصحة النفسية

ترجمة

ميشال أبي فاضل




تليجرام
هنا
سور الأزبكية

الطبعة الأولى

1412هـ - 1992م

المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع

بيروت - الحمراء - شارع اميل اده - بناية سلام
هاتف: ٨٠٢٤٢٨ - ٨٠٢٤٠٧ - ٨٠٢٢٩٦
بيروت - المصيطبة - بناية طاهر هاتف: ٣٠١٠٣٠ - ٣١١٢١٠
ص. ب: ١١٣/٦٣١١ تلكس: LE ٢٠٦٦٥ - ٢٠٦٨٠ - لبنان

الصحة النفسية

ترجمة

جميل ثابت

ميشال أبي فاضل

هـذا الكتاب تـرجمة :

LA SANTÉ MENTALE

par le

D[r] François CLOUTIER

مدخل

ينطوي تعبير «الصحة النفسية» على بعض الإلتباس . فهو يدلّ على حالة في الجهاز النفساني . ونحن نتحدّث عن صحة نفسية جيّدة وأخرى سيئة قياساً على الصحة الجسمية . لكن هذا التعبير يتناول أيضاً مجموعة النشاطات التي تهدف إلى تأمين حماية هذه الصحة ، وهي نشاطات تدخل في الإطار العام لعلم الصحة .

ويقودنا تعبير «الصحة النفسية» ، من حيث دلالته ، على حالة في الجهاز النفساني من جهة ، وتناوله مجموعة نشاطات حماية الصحة من جهة أخرى ، إلى وضع خطة معينة لفصول هذا الكتاب . فسندرس في الباب الأول منه مفهوم الصحة النفسية محاولين تحديده وفهمه ، لننتقل في الباب الثاني بالطبع ، إلى الإهتمام بالطرائق والتقنيات المعتمدة خاتمين كلامنا بالحديث عن حركة تضمّ منذ حوالى خمسين سنة مفاهيم مختلفة ، وهذه الحركة هي حركة علم الصحة النفسية ، أو كما يطيب للبعض تسميتها اليوم حركة الصحة النفسية .

ولقد آثرنا أن نعالج موضوعنا هذا معالجة عامة متبنين وجهة نظر شاملة ، غير أننا رغم ذلك لم نفلح في تجنّب اتخاذ بعض المواقف . ومن البديهي القول أن مفهوماً كالذي نحن في صدده لا يمكن أن يُفهم إلّا من خلال نظرية للشخصية ، فيصبح من الضروري إذاً ، أن نتبنى وجهة نظر مذهب معين لا تخلو دائماً من الفرضية . وما يجب ألّا يغفل عن البال

أن ممارسة علم الصحة النفسية ما زال في مرحلة التجربة ، فليس من السهل إذاً السعي لدراسته دراسة تنظيمية .

إن كتاباً كهذا يجب أن تُرسم حدوده ضمن إطار متعدد العلوم والإختصاصات ، كما يجب أن تبقى مراجعة البديهية مراجع طب نفسي ، أما أسسه فهي نفسية المنحى وتغرف من ميادين مختلفة كاختلاف علمي السلالات والأوبئة . ويبدو علم الصحة النفسية نوعاً ما أشبه بعلم جديد هو علم اجتماع الإنسان أمام مشاكل الحياة .

وأهمية هذا العلم بالغة ، فهي تُقاس بإفلاس طرائق الطب النفسي المركّزة حول العلاج والاستشفاء في مواجهتها لمشكلة الأمراض النفسية الجسيمة . فليس من بلدٍ في العالم إلاّ ويُعد متأخراً في معالجة هذا الصراع المتباين المنشأ . فعدد المرضى في تزايد مستمر ، ومن الوهم الاعتقاد بأنه يكفي أن نبني المستشفيات وأن نعدّ الإختصاصيين للتوصل إلى تذليل معضلةٍ تتفاقم بسرعةٍ تفوق ما هو متوفر لها من وسائل علاج .

وتزيد عوامل عديدة من خطورة الموقف ، نذكر منها تكاثر السكان واكتظاظ المدن بهم ، ووطأة ظروف الحياة المعاصرة ، والبلبلة في معظم القيم التقليدية ، وكلها من عواقب التقدم العلمي والتكنولوجي ، أوَ ليست البلدان التي يطلق عليها «تلميحاً» البلدان النامية ، والتي تشكّل القسم الأكبر من العالم خاضعةً ، في هذه الفترة من التاريخ ، لتصنيع سريع وقسري أيضاً ؟ مهما كانت الحاجة إلى هذا التصنيع ماسةً فهي لا تخلو من عواقب تضرّ أحياناً بالناحية النفسية . أن العمل الوقائي يبدو وحده الحل الناجع ، وهو يتضمن مظهراً تقنياً يفرض إعداد التجهيزات الصحية الإجتماعية الملائمة ، كما يتضمن مظهراً اجتماعياً يدعو إلى اتخاذ اجراءات عامة تتعلّق بتنظيم الجماعة . إن هذه الأمور جمعاء هي ما يتناوله علم الصحة النفسية .



مفهوم الصحة النفسية

الفصل الأول

في البحث عن تحديد

تصعب علينا الإحاطة بمفهوم الصحة النفسية رغم توافر التحديدات ، فما من طبيب نفسي ، أو عالم نفساني إلاّ واقترح تحديداً لهذه الصحة . وهذه المحاولات هي في كثير من الأحيان غير مرضية . وإذا ما تساءلنا عن السبب وجدناه مرتبطاً بطبيعة المفهوم التي تفرض ، بشكلٍ يكاد يكون متلازماً ، حكماً تقييمياً . ويبدو أنه ليس للصحة النفسيةِ أي معنى إلاّ داخل نظام اجتماعي ثقافي وعبر بعض المفاهيم في الحياة . ويرتبط ذلك أيضاً بصعوبة التوافق على معايير موضوعية خاصة بالصحة النفسية يقبلها الجميع . والنتيجة أن عدداً لا يُستهان به من التحديدات المقترحة يعكس على الأخص ، نظرات واضعيها وليس له إلاّ نزر يسير من الفائدة العملية .

غير أن هذا البحث يفرض علينا أن نتخطى هذا المستوى ، وأن نحاول إعطاء أساس علمي لمفهوم شديد الإضطراب كهذا . وهنالك ، بادىء الأمر ، فائدة من تقييم المعايير التي يتواتر استعمالها بكثرة في محاولات التحديد . وعلى خطى عالمة النفس ماري جوهادا سنناقش ثلاثة معايير منها : الخلو من المرض النفسي ، والموازنة بين مفهوم الصحة النفسية ومفهوم السوي ، وردّ الصحة النفسية إلى بعض حالات العافية والرضى .

1 ـ الخلوّ من الأمراض النفسية

أن نحدد الصحة النفسية بضدها هو في الظاهر اختيار الحل الأكثر بساطة وبداهة . وفي الواقع أن القسم الأكبر من معلوماتنا في علم النفس يعود إلى دراسات أجريت انطلاقاً من ظاهرات مرضية . ونحن نعرف عن السلوك غير السّوي أكثر مما نعرف عن السلوك السوي . وهكذا يجب أن يسهل الأمر علينا سهولة نسبية في تحديد المرض النفسي كما يسهل علينا ، من خلال هذا التحديد ضبط المفهوم الذي يشغلنا . إلاّ أننا نصطدم دفعةً واحدة بصعوبات جسيمة .

تتعلق الصعوبة الأولى بطبيعة علم الأمراض النفسية فإن تعبير «مرض» هو بحد ذاته مصدر غموض ، وهو يعود إلى صورة كلاسيكية في الطب ، صورة يجب أن نعلن عنها أنها لم تعد تجد ذات التطبيقات في الطب النفسي . وأن هذه الصورة تصدر عن الطريقة التحليلية العيادية التي ألحَقَ لاَينك [Laennek] اسمه بها والتي يتركز بمقتضاها كل كيان مرضي على ثلاثة معايير هي : تشابه العوارض الملاحظة ، ووحدة الجروح التحتية أو شبه وحدتها والعمليات الفيزيولوجية وتطابق العوامل المتعلقة بمبحث أسباب المرض .

ومن النادر أن نلاحظ هذه المعايير في الطب النفسي والسبب في ذلك بسيط وهو أننا نجهل الأسباب الدقيقة لمعظم الأمراض النفسية . وتستند التصنيفات المتبعة ، عامة ، على التشابه في اللوحات العيادية وعلى التشابه في التطور . ونحن ، إذن ، نتكلم عن المرض في علم الأمراض النفسية تمشياً مع عادات تفكير محض طبيّة يجد المرض فيها حدوداً لامتناهية من حيث قلة الوضوح وضعف المتانة ولا يُعرف له فيها مبحث واحد إلاّ في حالات غير سَوية ، وهو بالمقابل يستجيب لعوامل متنوعة ذات نسق جسماني أو نفسي أو اجتماعي .

ونصل إلى استنتاج مباشر هو أنه لا يوجد تصنيف للأمراض النفسية

مقبول عالمياً . وإذا كان الأطباء القليلون يتفقون في الخطوط العريضة من تشخيصاتهم فإن اختلافاتهم كثيرة وهي ترتبط من جهة بالفروقات المذهبية ومن جهة أخرى بوجود عنصر ذاتي يتدخل في تقييم العوارض ، هذا ، وأن الدلائل الموضوعية تكون مفقودة أحياناً . وهكذا يمكن لأحد المرضى أن يصنّف كمنفصم الشخصية [schizophrène] في الولايات المتحدة في الوقت الذي يتلقى فيه تشخيصاً آخر في فرنسا أو انكلترا ، وأنه لمن غير المعقول أن يكون الأمر كذلك في حالة الجدري مثلاً .

يجب أن نضيف ـ وهذه صعوبة ثانية ـ أن حقل علم الأمراض النفسية قد توسّع بشكل فريد ، فقد مضى وقت كانت فيه دراسة الإنسان غير السوي متنشرة ، ولم يكن من الضروري على من يتولى تشخيص الجنون أن يكون طبيباً نفسياً ، ذلك أنهم ما كانوا يتعرفون إلاّ على الأشكال المتطرفة لعدد محدود من الأمراض . لقد انحصر الطب النفسي نسبياً في فئة الذهانات [psychoses] لكن تطور هذا العلم بالإضافة إلى معطيات التحليل النفسي أغنيا هذه النواة التي أضيفت إليها الأعصبة [[névroses] والظواهر النفسية الجسدية وكل سلسلة الاستجابات التي تذكر على مستوى السلوك .

وإذا كانت حدود علم الأمراض النفسية قد تباعدت فقد أصبحت أكثر غموضاً مما يؤدي بنا إلى تعذّر التميز الواضح بين السوي والشاذ . وقد كنا لفترة زمنية معينة نستطيع القول : إن الإنسان المريض يبدي ما يختلف عن الشخص المعافى . لكننا اليوم نعلم أن الأشياء ليست بهذه السهولة ، رغم أن هذه النظرة لا تزال تجد من يدافع عنها . إن الإصابة الطب نفسية تضخم أو تشوه ما كان سائداً قبلها . فالمسألة مسألة تدرج والإنسان يستجيب بكليته وفقاً لنمطه الخاص ، والظواهر الطب نفسية [Psychiatriques] لا تبدو أشبه بأمراض بل أشبه باستجابات تظهر تحت تأثير عدة عوامل مسبّبة وتفصح عن ذاتها من خلال شخصية فرد معيّن .

وهنالك صعوبة ثالثة تنجم عن كون مفهوم المرض النفسي بالذات ،

يتبدل تبعاً للأزمنة والبيئات ، وأن مبحث أعراض الإنسان المريض نفسياً يصبّ في الحلقة الإجتماعية وهو يتجلّى عادة باضطرابات في السلوك . والمريض ، لا يكون منفصلاً عن عائلته وعن محيطه ، فاستجابته المرضية تتركز في مجموعة واسعة وتتأثر بالبيئة التي تستثيرها إلى حدٍ ما .

إن هذا الموقف ، وهو موقف مقبول في ظروف معينة ، قد يبدو بوضوح مَرَضياً في ظروف أخرى ، يُذكر أحياناً مثلُ الهنود الكواكيولتيين [les Kwakiults] من كولومبيا البريطانية في كندا إذ تأخذ بعض تقاليدهم صفة الهذيان إذا ما قوّمت وفقاً لمعاييرنا . ويسهل الإكثار من الأمثلة عن التصرفات التي يرتبط تقييمها بأعراف اجتماعية سائلة .

إلاّ أنه يجب أن تتجنّب الإستنتاج السريع . والخطر يكون في المزج بين العرض [Symptôme] والوظيفة [Fonction] . فالوظيفة هي التي تورّط في حال حدوث الإصابة الطب نفسية أما العرض فليس سوى تجلّيها . هو الذي يتغيّر حسب الثقافات ، أما الكائن البشري فهو هو في كل مكان .

يبدو اذن أن مفهوم المرض العقلي هو بوجه خاص صعب التوضيح . ثم أن طبيعة العملية النفس ـ مَرَضِيّة واتساع ميدان الطب العقلي ونسبية المرض النفسي كما تبدو من منظار اجتماعي ثقافي ، لا تسمح جميعها أن نكوّن عنه فكرة واضحة ، وهكذا يبدو أن ليس باستطاعتنا المضي إلى أبعد من هذا . ويجدر بنا القول إن كل محاولة تهدف إلى تحديد مفهوم الصحة العقلية تبقى ذات قيمة نسبية إذا ما استندت على الخلو من المرض العقلي .

2 ـ السّوي

أمّا المحاولة التي تلجأ إلى وصف مفهوم الصحة النفسية بجعله معادلاً لمفهوم الإنسان ، فهي لا تبدو أبداً مرضية أكثر من سابقتها . انها تعود بنا إلى تحديد تعبير بتعبير آخر يفرض علينا بدوره أن نحدده . ما هو

السوي ؟ نقول إنه كما كان من المتعسر إعطاء تحديد للمرض العقلي كذلك إنه لمن الصعب أن نأخذ عن السّوي مفهوماً ملائماً ، والأمر بديهي لأن الواحد يبدو نافياً الآخر . في الواقع ليس الأمر سهلاً .

إن دراسة مختلف المجتمعات ـ وقد أتينا على التلميح إليها ـ تدلّنا جيداً على أن ما يمكن اعتباره سوياً يتغيّر بشكل هائل ، ولا يوجد إذن نموذج للسّوي ينطبق على كل البيئات وكل الأزمنة . ويكون تساهل المجتمع ـ إلى حد معين ـ هو الذي يثبت حدوده وهي حدود متقلبة . يجب ألا ننسى أن المجتمع يكو دائماً غير متجانس وأن المعايير المتبعة تتغير من طبقة اجتماعية إلى أخرى مثلاً . وتعتبر بعض التصرفات سوية ، أي أنها ضمن القاعدة ، بالمعنى الحقيقي ، عندما تلتقي مع تجانس نسبي ، ويكون تواترها المرتبط بتقدير المحيط هو الذي يحدد معناها .

ولكن هل تستطيع هذه الناحية المحض إحصائية أن تساعدنا على ضبط تحديد الصحة النفسية عن كثب ؟ أنها تبدو غير قادرة على ذلك ، وأن تبنيها قد يرجع بنا في الواقع إلى اعتبار ما تقول به أو تفعله أكثرية الناس صحيحاً واعتبار ما يبتعد عنه غير صحيح . ويمكننا أن نكتفي بمثل واحد لكي نوضح عدم جدوى اقتراح كهذا عندما ندفع به إلى أبعد حدّ . الأنّ أكثرية الأفراد يتزوجون يمكننا القول أن العازبين غير أسوياء ؟ طبقاً للإشتقاق نعم لأنهم يبتعدون عن قاعدة ولكن لا ينتج عن ذلك ، ضرورة ، أن هؤلاء العازبين هم على الصعيد النفسي غير أسوياء . إن محاولة كهذه لا يكون لها سوى قيمة تقريبية .

ويمكننا أن نقيس على ذلك الناحية المعيارية : فالمسألة لم تعد تكمن فقط في معرفة ما إذا كان هذا النمط السلوكي يتواجد بهذا التواتر أو ذاك بل إذا ما كان يتوافق وبعض المفاهيم الخاصة بالبيئة . إن القاعدة لم تعد محدّدة ، قطعياً ، بتوزيع رياضي ولكنها تنخرط في بعض نظُم قيمية . ثم أن الكائن البشري طيّع إلى حد يجعل هذه النظم تتغيّر كثيراً من ثقافة إلى أخرى بل قل داخل الثقافة الواحدة ؛ ويصبح ، من جراء ذلك ،

التوصل إلى تحديد مُرضٍ امرأ أكثر صعوبة .

أما المتغيرات فلا تكون ذات نسق محض اجتماعي بل أنها تتركّز على مستوى الفرد ذاته . وأن ما ينطبق على زيد لا ينطبق ضرورة على عمرو وتجربة الطبيب النفسي اليومية تشهد على ذلك . ويمكننا أن نتصور عدة نماذج للسّوي أي عدة مظاهر يكون فيها الشخص سوياً . ونقول إنه نظراً لهذه الأسباب جميعاً لا يبدو هذا المفهوم قادراً على أن يكون المعيار الوحيد .

ومن المفيد القول أن هذه الصعوبات تصادف في الطب حيث تتوافر الأدلّة الموضوعية ويسهل استعمال القياس . فطبيب الأمراض الجسدية يكتفي أحياناً ، كما يفعل طبيب الأمراض النفسية ، بردّ مفهوم السويّ إلى الخلوّ من المرض . إنه مفهوم يبقى على صعيد الممارسة كافياً لاتخاذ المواقف العلاجية التي تفرض ذاتها ، لكنه على الصعيد المذهبي عرضة للنقد .

3 ـ السعادة والتكيّف

بعض الكتّاب ، وهم ليسوا بقلائل ، يربطون الصحة النفسية بمعايير محض ذاتية . وهكذا يتكلّم البعض منهم عن السعادة بينما يكتفي البعض الآخر بالتلميح إلى بعض حالات الإرتياح ، وهي نادراً ما تُوضّح . وتُعرّف هذه الحالات بأنها نتيجة لتكيّف جيّد مع البيئة . إن هذه المفاهيم تظهر بوضوح مقتطفة ، وقلما تبدو علمية .

يرقى مفهوم السعادة إلى الفلسفة أو إلى علم الأخلاق ؛ وإذا ما أدخلناه على علم النفس ندخل معه كل ما يحمل من غموض ونسبية . فالسؤال الأبدي : «ما هي السعادة ؟» لم يلقَ قط جواباً ولن يلقى على ما يبدو . وإنه لمن التهور ـ على الأقل ـ أن نلجأ إليه عندما نكون بصدد توضيح مفهوم شديد الصعوبة كمفهوم الصحة النفسية .

قد فرضت التحديدات التي استعانت بالخلو من المرض النفسي ، أو

بالتمثّل مع السويّ كما رأينا ، أحكاماً تقييمية ، وقد حاولنا أن نبيّن إلى اي حد تتأثر المفاهيم المتعلّقة بها بالبيئة وبالبُنى الاجتماعية الثقافية ، ويصبح الأمر أشد تأثراً عندما نتناول السعادة . فهنا ، بالعكس عن تينك الحالتين ، لا نجد عناصر موضوعية يمكن الركون إليها . ويبدو واضحاً أنه يجب نبذ هذه المحاولة ، لأن مفاهيم السعادة هي مفاهيم لا أوهى ولا أكثر تبدلاً منها .

وإذا افترضنا أنه يمكننا الاتفاق على هذا التعبير ـ وهذا محال ، لأنه يفرض علينا تصوّر مجتمع متجانس تماماً ـ لا نكون بذلك قد أحرزنا تقدماً أفضل . فما الذي يتيح لنا الإعتقاد أن الصحة النفسية تساوي السعادة حتى في حال تقليص المفهوم وردّه إلى بعض الصّيغ البسيطة ؟ أليس من الممكن أن يكون الشخص بئساً ويتكشف عن صحة نفسية ممتازة ؟

فالصعوبة ، هي في جزء منها ، متعلقة بعلم دلالة الألفاظ ، فكما تنقصنا الكلمات لوصف الحالات الإنفعالية ، أو على الأصح ، كما أن الكلمات لا تغطي دائماً الظواهر الممكن قياسها ، يكون من الصعب التعبير عن الأفكار بوضوح . وترى الأكثرية أن السعادة تمثّل نوعاً من التوازن بين الحاجات الغريزية وما تستطيع الحياة أن تقدّمه ؛ هذا مع أخذ ضغوط المجتمعات والبيئة بعين الإعتبار . لكنٍ هذا يقلّص معنى السعادة ، بيد أنه قد يعطيها أيضاً قيمةً أسمى إذا اعتمدت كمعيار .

4 ـ محاولات تحديد

إن المعايير الثلاثة التي درسناها لا تمكننا إذاً من تحديد الصحة النفسية تحديداً ملائماً . وأن هذه اللمحة النقدية السريعة بيّنت لنا السبب الرئيسي لذلك : وهو أنها ،أي هذه المعايير ، غير دقيقة بحد ذاتها ، وتلجأ إلى مفاهيم تشترك فيها عوامل جدّ متعددة يصعب تمييز حدودها .

ونرى أنفسنا ضمن هذا الإتجاه مسوقين إلى طرح هذين السؤالين :

هل أن تحديد الصحة النفسية هو حقيقة ممكن ؟ وهل من مبرّر لإصرارنا على التوصل إليه ؟ كل شيء يرتبط بما ننتظره من التحديد . فإذا كنا نلح في طلب إيضاحات حول طبيعة المفهوم ذاتها فالجواب يكون أقرب إلى النفي . وإذا كنا نكتفي بتفسير عام يساعد على تحديد الإطار الذي يمكننا فيه أن نتابع دراسة متعمقة ، فالجواب يكون تأكيدياً .

ويمكننا أن نأخذ التحديد الذي أعطته عام 1948 البعثة التحضيرية للمؤتمر العالمي الثالث للصحة النفسية كمثل ، وهو يشتمل على قسمين :

1)الصحة النفسية شرط يساعد على نمو أفضل للفرد من الناحية الجسدية والذهنية والعاطفية ضمن نطاق ينسجم مع صحة الآخرين النفسية . 2) والمجتمع الصحيح هو الذي يوفر لأعضائه نمواً كهذا ، ويؤمّن ، في آن معاً ، نموه الخاص وانفتاحه على المجتمعات الأخرى . ومن البديهي أن يثير تحديد كهذا الكثير من التساؤلات كما أنه من البديهي أيضاً ألاّ يفهم إلاّ إذا تحمّلنا مشقة تحديد كلماته . ولكنّ له على الأقل الفضل في تحديد المشكلة .

ليس ما يهمنا نحت القواعد بل تقصي المعايير التي تخوّلنا من وصف ، أو في حال تعذّر الوصف ، تخوّلنا من تحديد حالة الصحة النفسية وقد سبق أن درسنا ثلاثة من هذه المعايير التي بدت ، عند أخذها كلاً على حدة ، غير موافقة وشديدة الغموض والإتساع في آن واحد . يتوجب على محاولتنا أن تكون مختلفة عن تلك التي ذكرنا ، عليها أن تتجه ، من خلال نظرية للشخصية والسلوك ، نحو الإعتراف بمختلف الخصائص النفسية التي تعبّر ، بكل نسبيتها ، عن مفهوم الصحة النفسية ، أما أن تبقى بعض خيوط الشك حول تلك الخصائص ، فأمر يجب الا يحول دون متابعة هذه الدراسة .

وعلى هذه الدراسة أن تسير ضمن اتجاه شمولي ، فالفصل بين الجسد

والنفس ، بين الجسماني والنفساني لم يعد قائماً اليوم . وعوض أن نتصور النشاطات البدنية منفصلة عن النشاطات النفسية وأحياناً متناقضة معها يجب أن نتناولها بطريقة متكاملة لأن الكائن الحي يوجد ككل ويفصح عن ذاته على مستويات مختلفة . ينتج عن ذلك ، إنه ، لا يمكن ان نتكلم عن مفهوم قيّم للصحة العقلية ، دون أن ينضوي هذا المفهوم تحت مفهوم أشمل هو مفهوم الصحة بوجه عام .

الفصل الثاني

تكوّن الشخصية

يستحيل علينا ، بالإستناد إلى وضع معلوماتنا الحالي ، أن نعرض بتحليل قيّم لمختلف المفاهيم المتعلّقة بتكوّن الشخصية . فعلينا إذاً أن نلجأ إلى الإختيار بين التفسيرات المقترحة ، وسنضع أنفسنا ضمن اتجاه خاص بالتحليل النفسي . هذا وأن النظريات الفرويدية ، مهما كانت الإنتقادات الموجّهة إلى الطريقة العلاجية المنبثقة عنها ، تمثّل في الواقع النظام الأكثر تماسكاً . إن هذا النظام يتلاحم بنسبة جيدة مع النظريات الموجّهة نحو دراسة الوظائف الذهنية ودراسة السلوك أيضاً ؛ وقد يكون ذلك أحد الأسباب التي نتج عنها تغلغل التحليل النفسي في مختلف مدارس الفكر .

لسنا نهدف إلى عرض نظرية التحليل النفسي عرضاً شاملاً ؛ زد على ذلك أن وجهة نظرنا ، إذا ما أردنا تحديدها ، ليست بأقل من انتقائية . يهمنا أن نفهم كيف تتكوّن الشخصية . فبعد أن نعرض لخطوط نموها العريضة سنتناول بناءها كي نعود بعد ذلك إلى دراسة بعض وظائفها من خلال مفهوم العقدة والدفاعات النفسية . وسنحاول انطلاقاً من هذا المثال أن نحدد أفضل معايير الصحة النفسية .

1 ـ المراحل المختلفة

ينحصر تكوّن الشخصية في التاريخ الطبيعي للكائن البشري ؛ وعلى

كل دراسة تتعلّق بهذا الموضوع أي «تكوّن الشخصية» ألا تأخذ ، بعين الإعتبار ، نواحيه النفسية وحسب بل نواحيه التكوينية والبيولوجية والإجتماعية الثقافية التي لا تنفصل عن بعضها البعض . تلك هي العوامل التي تولّد بتلاحمها مجموعة الخصائص التي تميّز فرداً عن آخر والتي تولّد أيضاً بتفاعلها وحدانية الشخص .

إن هذا التطور يتم بالإنتقال من تبعية الوليد المطلقة إلى استقلال الراشد النسبي على المستويين الجسدي والنفسي . فخلال الأشهر الستة الأولى يدخل الرضيع تدريجياً في علاقة مع البيئة ، وتتم هذه العلاقة على النمط الإنعكاسي بوجه خاص وذلك بفضل تغيّرات تحدث في التوتر العضلي . ومن الشهر السادس وحتى السنة تتعقّد الإستجابات نسبياً ، فالحركة لديه تسمح بمعالجة الأشياء ، أمّا الإستجابات العاطفية وخاصة فيما يتعلّق بالأم التي يميّزها الطفل في هذه السن عن شخص آخر ، فتتعقد . وهكذا يصبح الطفل أكثر فأكثر إدراكاً لجسمه الخاص ، كما يبرز لديه نوع أولي من الكلام .

أما الفترة التالية أي من عمر سنة إلى ثلاثة سنوات فتمتاز بتقدم كبير . فالنمو الحركي يتسارع خاصة مع المشي : فيظهر الكلام وتتكشّف معه قوة ذهنية . ويملك طفل هذه السن مفهوماً أكثر مطابقة عن جسمه . وتتبع خلال هذه المرحلة تربية الألياف العضلية كما يتولد (خلال هذه المرحلة أيضاً) القلق وهو مرتبط بالغرائز التي تحاول أن تظهر وبالحرمان الذي يفرضه المجتمع .

وتساهم الفترة اللاحقة أي من عمر ثلاث إلى خمس سنوات في توطيد ما اكتسبه الطفل من تقدم ؛ والطفل يحاول أن يعرف الأشياء كما يكتسب الشعور بشخصيته ويبدأ بالتآلف مع الآخرين . يستمر هذا النمو حتى البلوغ والمراهقة حيث تظهر الإضطرابات المتعلقة باستقرار الجنس على نمط الراشد . وتجدر بنا الإشارة إلى أن تكوّن الشخصية لا يكتمل في هذه الفترة ، فهو يستمر مدى الحياة كلها ، ونقول أن الشخصية تتكوّن

وتتوطد ما بين الولادة وبدء سن الرشد إلاّ أنها ، بعد ذلك ، تتأثر بعدة مؤثرات وإن تكن هيئتها قد تثبتت في خطوطها العريضة .

إن هذا الوصف السريع ، والناقص حتماً ، مقتبس عن علم النفس التكويني لأنه لا يأخذ بعين الإعتبار سوى الخصائص الرئيسية لكل من هذه المراحل المختلفة . ويحسن بنا أن نضيف إليه البعد الخاص بالتحليل النفسي . إن النظرية المسمّاة بنظرية الطاقة الجنسية (الليبيدو) تشدّد على أهمية الجنس عند الأطفال وتقترح مخططاً لمختلف مراحل النمو النفسي الجنسي . وتتناسب هذه المراحل إلى حدّ كبير مع المراحل التي جئنا على وصفها . هي تتميز بوجود مناطق جسمية قادرة على توليد اللذة والسماح لنشاطات غريزية بالظهور وهي تمثّل أيضاً أنماطاً مختلفة من الصلة الأداتية [Relation d'objet] أي عدة أساليب في إدراك الواقع . وهكذا نحن نتكلم عن مرحلة فمّية ، ومرحلة شرجية ، وأخرى قضيبية ، تبعاً للعضو الذي يكوّن موضوع التركيز الجنسي .

تظهر عقدة أوديب خلال هذه المرحلة الأخيرة وهي تتميز باقتران تواجد حب تجاه الأم وكره للأب . ويتم تطوّرها ، رغم كونه يختلف عند الصبي عنه عند البنت ، بالإتجاه نحو الإقتداء بالوالد الذي هو من نفس الجنس . ويكون الحل المناسب لموقف كهذا ضرورةً حتمة كي يتركز الجنس السوي ويستمر تكوّن الشخصية بطريقة متناسقة . وهكذا نقول أن الإقتداء يشكل الميكانيزم الأهم في عملية تكوّن الشخصية .

ويمكننا ضمن اتجاه اجتماعي ثقافي أن نضع هذا المخطط . ان تأثير كل من البيئة وتقنيات التربية على تكوّن الشخصية مؤكد ، فينتج عن ذلك أن المراتب التي سبق وصفها يمكنها أن تظهر بطريقة مختلفة . وهي دون شك تتناسب ونزعات بيولوجية وتتغايرخاصة في مظاهرها . ويدلّنا علم السلالات على أن عقدة أوديب لا توجد في كل المجتمعات بل إنما هناك مواقف مماثلة .

2 ـ البنية

من الضروري أن نحدد اللاوعي قبل أن نستعرض بنية الشخصية . فهو يشمل مجموعة العمليات النفسية التي لا تبلغ مجال الوعي في الحالات الطبيعية ، ولكنها لا تقلل من التأثير في سلوكه . ونحن نتكلم اذن عن مستوى من الحياة النفسانية يتميّز عن مستوى الوعي حيث الظاهرات والخبرات التي نحياها ، كما نتكلم أيضاً عن مستوى وسطي بين الوعي واللاوعي هو ما قبل الوعي .

وهكذا ، يكون للجهاز النفساني ، ضمن الإتجاه الذي اعتمدناه ، ثلاث طبقات . ولا يمكن تصور هذه الطبقات على أنها أشبه بأعضاء متمايزة بل هي قوى ضمن نفسية [intrapsychiques] يتحدد بعضها بالنسبة إلى البعض الآخر . ونحن نتعرف إليها بالإستناد إلى وظائفها المختلفة .

فالهو ، أو id (وبالفرنسية le ça) يتناسب والغرائز هو المستوى الأقل تمايزاً ، وهو لا واع . إنها الغرائز تنزع بطبيعتها البيولوجية نحو الإرتواء المباشر دون أن تأبه بالواقع .

والأنا أو ego (وبالفرنسية le moi) يشكل جهاز مراقبة الحياة النفسية . هو مركز العمليات المركبة والمنسقة للشخصية . فبواسطته تبنى ميكانيزمات الدفاع التي سنتكلم عنها فيما بعد . أما وظيفة الأنا الأساسية فهي ضبط الواقع وهو يؤديها حين يتلاءم مع الحاجات الصادرة عن الهو ويأخذ بعين الإعتبار طبقة أخرى هي الأنا الأعلى .

أما الأنا الأعلى فيظهر خلال حل عقدة أوديب . وهو المستوى الذي يتأخر أكثر من سابقَيْه في الظهور . فالهو يكون موجوداً منذ نقطة الإنطلاق بينما ينشأ الأنا تدريجياً خلال المراتب الأولى لتكوّن الشخصية . ويساهم ميكانزم «الإقتداء» [identification] في تكوين الأنا الأعلى الذي يجابه الغرائز ويلعب دور الرقابة .

وبالمختصر نقول أن هناك مبدأين يوجهان الإقتصاد النفسي . مبدأ اللذة الذي يريد أن تنزع الحاجات إلى الإرتواء ، ومبدأ الواقع الذي يفرض أخذ ما يوجد فعلياً في العالم بعين الإعتبار . والنفسية اللاوعية تكون من النوع الأول بينما تكون النفسية الواعية ، المعبّر عنها بالأنا والأنا الأعلى أيضاً ، من النوع الثاني . ويمكننا ضمن هذا الإطار أن نتصور قيام توازن قوي بين الطبقات المختلفة .

يبقى علينا أن نشرك ميكانيزماً أساسياً هو الكبت . ويتعلق عمل الكبت بالأفكار والمشاعر التي تبدو ، لدى بروزها في صميم الحياة النفسية ، غير مقبولة من الشخصية وعلى الأخص من الأنا ، فيعمل هذا الأخير على زجها في اللاوعي . نقول اذن إن الكبت يؤدي وظيفة حماية ويساهم أيضاً في تكوين المستوى اللاوعي .

3 ـ الصراع

يمثل الصراع ، في مفهومه الأكثر بساطة ، نزاعاً بين قوى متناقضة . ويسهل علينا أن نخلق عناصر وضعية تولد الصراع بلجوئنا إلى التجريب . فيكفينا مثلاً ، استعمال أجهزة خاصة لكي نحدث عند الهرّ ألماً في وقت يشتهي فيه هذا الحيوان الأكل . ويتوصل الحيوان من جراء ازدياد المثير المؤلم ازدياداً تدريجياً إلى نقطة يصبح فيها جسمه مهتماً بحاجتين متعادلتين تقريباً من حيث الحدة وهما الجوع والحاجة إلى تجنب الألم .

والنوع الذي يهمنا من أنواع الصراع هو الصراع الضمن نفسي وهو يدور بين الهو والأنا ، وأحياناً كثيرة بالإشتراك مع الأنا الأعلى ؛ ويظهر عندما يدرك الأنا الحاجات الغريزية التابعة للهو على أنها مخاطر . ويشعر الأنا بأنه مهدد بكليته من قبل نزعات غير مقبولة . ولكن لماذا يحدث هذا الموقف في وقت وليس في آخر ؟ يبدو أن هناك سببين فإما أن يكون الأنا في حالة من العجز عن المقاومة [بعد تعرضه لهزات متكررة مثلاً] وأما أن يكون هناك هيجان قوى غريزية . والميزة في ذلك هي أن أحد حدي

الصراع يكون واعياً بينما يكون الحد الآخر لا واعياً .

عندما تبدو الشخصية في حالة كهذه أي في مأزق يظهر القلق وهو بمثابة اشارة الخطر . وتتجلى هذه الظاهرة ، المعروفة جيداً ، بذلك الشعور الخاص وغير الموصوف إلا وهو الجزع [ansciété] كما تتجلى بمجموعة عوارض تورّط الجهاز العصبي النباتي . فيحرك الأنا بعض الميكانيزمات النفسية الهادفة إلى إزالة الشعور المضني الذي أحدثه وجود الصراع . تعمل هذه الميكانيزمات المسماة بميكانيزمات الدفاع [mecanisme de défense] على منع الحاجات المتعارضة مع استمرارية تكامل الأنا من إحداث اضطرابات هائلة . وباستطاعتنا القول إن إحدى وظائف الأنا هي أيضاً ايجاد توازن معين بين مختلف المركبات النفسية والعالم الخارجي .

لقد سبق أن وصفنا الكبت نوذج هذه الميكانيزمات إلا أنه لا يكفي دائماً أن تُستبقى في اللاوعي تلك النزعات التي ترفضها الشخصية . فهي (أي تلك النزعات) ، عندما يستحيل عليها الإفصاح عن ذاتها . تخلق التوترات وتعود فتتجلى بطريقة غير مباشرة من خلال بعض الظاهرات كالأفعال المنقوصة (الهفوات الكلامية مثلاً) والأحلام ؛ كما أنها قد تتجلى تحت شكل عوارض عُصابية تمثل نوعاً من التلاؤم بين الحاجات الغريزية التابعة للهو من جهة ودفاعات الأنا من جهة ثانية . ويكون هذا الأخير قد أصبح عاجزاً عن مراقبة مقتضيات العالم الخارجي والداخلي بطريقة مجدية . فهو إذا صح القول يجد نفسه عاجزاً عن اللحاق بالأحداث التي تكون قد تعدته . ويتدخل الأنا الأعلى أيضاً ، ويمكننا أن نسبب إليه مشاعر الذنب [sentiments de Culpabilité] الواعية واللاوعية التي ترافق في معظم الأحيان مبحث الأعراض الطب نفسية .

ولكن هل هذا يعني أن كل العقد تكون عصابية ؟ [névrotiques] في الواقع يمكن أن يحدث تعارض بين نزعات متناقضة دون أن يكون هنالك عصاب . فالأمر كله يكون مرتبطاً بالتوازن السريع العطب والقائم بين

الطبقات النفسية كما يكون بنوع خاصّ مرتبطاً بقوة الأنـا . وإنه لهـذا السبب يَظهر الصراع العصابي خاصة في السنوات الأولى من العمر أي خلال تكوّن الشخصيّة . إن الأنا الذي لم يكمل نضجه بعد يكون سريع العطب على الأخص ؛ ويقتضي هدف العلاج التحليل نفسي التوصل إلى حل العصاب الطفولي المسبب للأعراض عند الرجل وخلق علاقـات وظيفية جديدة بين المركبات النفسية والمحيط .

4 ـ ميكانيزمات الدّفاع

إذا كان لميكانيزمات الدفاع أهمية كبرى فذلك لأنها تشكّل أساليب في الحياة بقدر ما تشكل طـرائق لفهم الواقـع وضبطه . وهي تبـدو أشبه بتقنيات تكون أشد أو أقلّ فعالية في مجابهة العالم الخارجي كما في مجابهة العالم الداخلي على حد سواء . وهي ، في هذا المعنى ، تؤثر في الشخصية تأثيراً عميقاً وتعطي السلوك طـابعه المميّـز ، وحين تتـدخل ، وسـواء تدخلت منفردة أم مجتمعة كما هو الأمر في معظم الأحيان ، فإنها تُحدث لا محالة تغييراً في الواقع . ويمكننا انطلاقاً من هذا المقياس أن نصنّفها في ثلاث فئات هي ميكانيزمات النفي وميكانيزمات الإستعاضة .

نبدأ بالنفي البسيط [négation simple] وهو أقل ميكـانيزمـات الفئة الأولى تعقيداً . فالحدث القادر على خلق المتاعب يجد نفسه منـسياً نسياناً تاماً من حيث لا يدري به الشخص . والكبت الذي سبق لنا أن تحدثنا عنه يدخل ضمن هذا الإطار . ويجب الا نمزج بين الكبت [refoulement] والحذف [suppression] ، فنحن هنا أمام ميكانيزم يفرض موقفاً واعياً .

أما التبرير [rationalisation] فيمثّل محاولة لتجنب الصراع بـاختلاق طريقة تفسير ؛ هو نوع من الحيلة النفسية ، . أما فيما يتعلّق بالإسقاط فهو تقنية نعتمدها في إلصاق نواحي النقص فينا بالآخرين ؛ أنه نوع من التحرّر من الشعور بالذنب بتركيز الـذنب خارج الشخصيـة المعنية . وينتـج عن هذا الميكـانيزم التـواء في الواقـع الخارجي يكـون أكبر من

التبرير . ونحن نلاحظه في بعض العوارض الطب نفسية الجسيمة .

وهناك تقنية أخرى تقوم على اعتماد مواقف وسلوك تتناقض مع ما نحسه في اللاوعي . وهكذا فالعذوبة المفرطة لدى فرد من الأفراد قد تخبيء عدوانية هائلة . وتصبح هذه العدوانية ، إذا ما تعرّف إليها صاحبها ، قادرة على توليد القليل والشعور بالذنب الأمر الذي يستدعي تدخل هذا الميكانيزم . ونقول أنه عندما تتبع هذه التقنية بطريقة مألوفة فتشكل سمة من سمات الشخصية ، نتكلم عن التكوين العكسي [Formation Réactionnelle] .

أما ميكانيزمات الهرب فهي تشمل مجمل الطرائق التي نستخدمها في سبيل الفرار بعيداً عن الوضعية القادرة على توليد القلق . ونستطيع الفرار بلجوئنا إلى التخلّص ، بلجوئنا إلى الإنسحاب . تلك هي حال الأطفال التعساء في المدرسة أو غير القادرين على التكيّف إذ يلجأون إلى أحلام اليقظة . وهذا ما نتوصل إليه عندما نسرف في الإستغراق بنشاطات أخرى ؛ فالبحث المفرط عن الملذات والموقف القريب من التصلّب فيما يتعلق بالعمل ، والإدمان المفرط على الكحول تشكل أمثلة على ذلك .

والنكوص [régression] هو الميكانيزم الأنموذج لهذه الفئة وهو يقوم على العودة إلى مرحلة سابقة من مراحل نمو الشخصية . وغالباً ما نصادف هذا الميكانيزم عند الولد الذي يعود إلى تصرّف طفولي عندما يفاجئه والداه . أما الموقف التقليدي الذي يسبّب هذا التصرّف فيكون ناتجاً عن ولادة أخ جديد في العائلة . فهذه الولادة تسبّب صراعاً نفسياً عند الطفل البكر . ويظهر النكوص عند الراشد أيضاً ، في بعض الظروف ؛ ولكنه كثيراً ما يكون ذا قيمة مرضية وهو يلعب دوراً في انفصام الشخصية .

ونذكر أخيراً ميكانيزمين آخرين هما التجسيد [Somatisation] والرجع التحويلي [Conversion] وكلاهما يسبّب عوارض بدنية تعبّر ، على الصعيد

الجسدي ، عن التراجع امام الصراع . وهكذا نرى أن المرض يُستخدم كملجأ ، كما يتخذ العارض معنىً انفعالياً . وبشكل مبسّط نقول أن العملية تتم في حال التجسيد بواسطة الجهاز العصبي المستقلّ بينما هي تتم في حال الرجع التحويلي بواسطة الجهاز العصبي المركزي والطرفي . ولهذا السبب نصادف في الواحد عوارض تسمّى وظيفية (كالخفقان والإختلاج) وفي الآخر عوارض تتعلّق بالحساسية أو بالجهاز الحركي (كالشلل مثلاً) . إن ميكانيزم التجسيد هو في أساس الطب النفسي جسدي ، وأن ميكانيزم الرجع التحويلي يُصادف في الإستجابات الهستيرية .

أما في ميكانيزمات الإستعاضة فيكون الصراع مراقباً مراقبة غير مباشرة . فهو ليس منفياً كما أنه ليس بموضوع تهرّب . كما هو الحال في الفئتين الأوليين بل أنه منقول . وهذا ما يتم في ميكانيزم الإزاحة [déplacement] عندما يعود أحد العمال مثلاً إلى منزله ويخاصم زوجته ، فهو ينقل إليها عدوانيته التي لم يستطع تصريفها ضد ربّ عمله مباشرة . وغالباً ما يكون هذا الميكانيزم في منشأ التعصّب والآراء المنحازة كما يصادف في أعصبة وساوس التكرار .

ونذكر تقنية أخرى نصادفها بكثرة وهي تقنية التعويض [Compensation] فالإشباعات التي يتعذّر الحصول عليها في أحد قطاعات النشاط تصبح ممكنة في قطاع آخر . وهذا ما يحدث للطفل المصاب بعاهة جسدية عندما يعمل لكي يصبح تلميذاً صالحاً ويبرز في الناحية الذهنية .

أما الإعلاء [Sublimation] وهو ميكانيزم مشابه ، فيلعب دوراً إيجابياً في حل الصراع ، وهو في منشأ عدد لا يُستهان به من النشاطات المشروعة . فبواسطته تتجه الغرائز نحو أهداف مقبولة . ونجد أنفسنا أمام ما هو أكثر من استعاضة بسيطة كما هو الحال في التعويض بالإعلاء نرى الشخص يتنازل عن نماذج من الهبات وذلك في سبيل الحصول على ارتياح يكون أكثر تكيّفاً على الصعيد الإجتماعي . العدوانية تستطيع أن

تؤدي إلى أسوأ الإنحرافات لكنها ، في حال مراقبتها وتوجيهها وتحويلها ، تصبح خلاّقة .

إن هذه الميكانيزمات جميعاً تتركّز على حدود السّوي والمعتلّ فبعضها يكون مرضياً ، بشكل ملحوظ ، إلاّ أن معظمها لا يتخذ هذه الصفة إلاّ في بعض الظروف . فعندما يتكرر استعمالها بطريقة مسرفة ومهيمنة ، وعندما تكون مصحوبة بتحريف للواقع الخارجي أو عندما تبلبل بشكل جذري العلاقة بالآخرين ، تصبح غير شافية . ويجب ألا يغفل عن البال أن وظيفة هذه الميكانيزمات هي حماية الأنا ضد النزعات غير المقبولة ؛ بيد أنها لا تؤمن أبداً الحماية التامة . وهذه الحماية تكون باهظة بالنسبة للشخصية بمعنى أن عملها الأفضل يوشك أن يتضاءل من جراء ذلك .

الفصل الثالث

ظروف الصحة النفسية

ما هي العوامل التي تؤمن الصحة العقلية وتساعد على ظهورها وبقائها ؟ لو كان بإمكاننا أن نجيب عن هذا السؤال إجابةً ملائمة لكنا خطونا خطوة كبيرة نحو إدراك هذا المفهوم ولسوء الحظ أن تلك الشروط لم تتضح بعد اتضاحاً كافياً ، ولا يمكننا أن نكوّن فكرة عنها إلاّ بطريقة غير مباشرة .

ولئن تعددت الدراسات التي تتناول دور المحيط في توليد الإضطرابات العقلية فليس هنالك من دراسات تتناول العوامل المسؤولة عن الصحة النفسية الجيدة . وهنا أيضاً نرى أن الإنعطاف بواسطة الأمراض العقلية يفرض نفسه . تلك هي دون شك بقايا تاريخية من فلسفتنا في المرض والصحة . وسنحاول ، ضمن هذا الإتجاه ، أن نتمسّك بدراسة المحيط من نواحيه الطبيعية والإجتماعية الأمر الذي سيقودنا إلى الإهتمام بالعائلة وبعملية التأهل وبالأزمات الحياتية .

1 ـ المحيط

انه لمن الخطأ أن ندرس المحيط على أنه واقع منفصل عن الشخص الغائص فيه . فالإنسان ليس غريباً عما يحيط به وهو لا يتلقى الأحداث بل يشترك فيها ؛ وبكلمة أخرى نقول إن العلاقات التي يبنيها مع بيئته الطبيعية لا تتم تبعاً لنمط سببية مباشرة . هي تقوم على تفاعلات مستديمة

وتبادلات ثابتة . وهذه التبادلات ليست آلية كما انها ليست جامدة مقولبة ولا يمكن ارجاعها إلى قواعد ذات نسق منطقي . انها تورط الشخص بكليته ، وتفرض عليه ، كما تفرض على شخصيته الخاصة ، الإلتزام .

فالموقف أياً كان ، يبقى دون معنى حتى يُعاش . ونتيجة لذلك نقول إن الحدث يكون غير متلوّن ولكنّه يأخذ معناه بالنسبة لشخص فرد بقدر ما يلاقي من صدى أو بقدر ما ينخرط في التاريخ الشخصي . وهكذا يظهر المحيط أشبه بشبكة واسعة من التأثيرات المتفاعلة بعضاً مع بعض .

فما هو التأثير المتبادل لكلٍ من المحيط والوراثة بالاضافة إلى البنية أيضاً ؟ انه لمسألة واسعة جداً ، وهذا ما يجعلنا عاجزين عن التوسع بها بما يتعدى التلميح . في الواقع إن هذه المسألة تدخلنا في صميم جدال قسم العالم الطب نفسي خلال أجيال ، ولا زلنا لغاية اليوم نجد آثاره في الفكر المعاصر . ان الأمر يتعلق بمنشأ الأمراض العقلية التي كان يعتبرها العضوانيون [organicistes] ذات طبيعة جسدية بينما يعتبرها علماء النفس التكويني ذات طبيعة سيكولوجية .

ويمكننا ، تبعاً للمواقف الأساسية المتخذة ، ان نختار من بين الأعمال المتعددة والمخصصة لهذا السؤال ، تلك التي تبدو مؤيدة لقضية أكثر من الأخرى . وما من شك في أن التقدم الذي أحرزه علم الوراثة قد اثبت اهمية العوامل التكوينية : وان انطلاقة الابحاث الاجتماعية في تطبيقها على علم النفس قد بينت من جهة أخرى ، وبشكل واضح ، التأثيرات الاجتماعية الثقافية . وهكذا فإن مرضاً كالفصام [Schizophrénie] قد يتميّز في بعض اشكاله الاكلينيكية بمبحث تكويني لميكانيزمات الأسباب المرضة ؛ أما في أشكاله الأخرى فيبدو تفوق العوامل النفسية وتدخل المحيط غير قابلين للنقاش .

ونتساءل هل هناك أية فائدة ترجى حقاً من محاولتنا الفصل بدقة بين هاتين الفئتين من العوامل ؟ يمكننا أن نشك بذلك ، خاصةً وأننا وضعنا

أنفسنا ضمن إتجاه رخر عندما رفضنا القبول بثنائية ينتج عنها فصل النفسي عن الجسدي . هذا وان هذا الموقف الشائع اليوم لا يُردّ إلى حل يكون أهون الحلول ولكنه يطابق مفهوماً هالياً للظاهرة الإنسانية . وهكذا يكون للمرض العقلي أسباب جسدية ونفسيّة وثقافية في آن معاً دون أن يكون هنالك مجال لتحديد نسبة كل منها تحديداً ثابتاً . وعلى العكس يمكننا الاعتقاد أن الصحة العقلية ترتبط بهذه العوامل جميعاً وهذا لا يعني أن قياس أهميتها النسبية غير مهم بل انه من المفيد جداً ان نعرف النقطة التي سنمارس عليها الوقاية . ومن المؤكد أن الأبحاث في هذا الميدان تفرض نفسها لكنها يجب ألا تكون نابعة عن مفاهيم مذهبية قد تجفّفها .

من الأوفق أن نفصل بين البيئة العبيعية والبيئة الإنسانية رغم ما يحويه هذا الفصل من التكلف . وتردّ . البيئة الطبيعية إلى العالم المادي حيث نحيا . أما البيئة الإنسانية فهي التي تكون مسؤولة إلى حد بعيد عن نموّنا العاطفي بفضل العلاقات التي تتوالد ما بين الأشخاص ؛ كما انها ذات نواح اجتماعية مشتركة مع معظم المجتمعات ونواح ثقافية تكون أكثر «تمايزاً» . أما تأثير عوامل البيئة الطبيعيّة فلايتم إلا بطريقة غير مباشرة ؛ ويكون ملائماً أو غير ملائم بقدر ما يورّط البنى الاجتماعية وبقدر ما يورط الفرد من خلال هذه البنى . ولا يمكننا ان ننكر دور العوامل المادية ؛ ويبدو بوضوح أن الصحة العقلية تتوفر بالعناية الصحية والتغذية الملائمة والمسكن المريح . ونستخلص من ذلك ان الفقر المدقع لا يشكل ظرفاً مثالياً مناسباً . وكما ان نمو النّبتة يصلح أو يسوء تبعاً لنوعية التربة كذلك فإن الشخصية تتفتح بشكل سليم أو رديء تبعاً للبيئات . وهكذا فإن الصحة الجسدية الجيدة تكون بالتأكيد عاملاً مساعداً لكن العكس غير صحيح .

على المحيط الجيد ان يوفّر إمكانات حكيمة للتربية واللهو وعليه في نفس الوقت أن يسهّل قيام علاقات بين الأشخاص . وقد اثبتت

التجارب الحديثة أن الانعزال التام عن المثيرات الحسية يؤدي إلى ظاهرات نفسية لا تلبث أن تصبح مرضية . هذا ويصعب علينا ان نحصل دائماً على تقييم دقيق لأهمية العوامل الاجتماعية . وأن أي حدث ، يكون قادراً على أداء دور معينّ وذلك تبعاً للطريقة التي يعيشه بها الفرد أو الجماعة ، وتبعاً لدرجة الاضطراب التي يدخلها في الدينامية الاجتماعية . تلك هي حال الحروب والثورات والأزمات الاقتصادية والخلافات الاجتماعية والكوارث على أنواعها . ويجب أن نذكر أيضاً اهمية التغيرات السريعة والالاضطرابات النفسية التي تميّز عصرنا ؛ كما يجدر بنا أن نقول في هذا الصدد أن الصحة هي مفهوم فردي لا اجتماعي .

2 ـ العائلة

البيئة الإنسانية هي أولاً وقبل كل شيء العائلة . ففي صميمها تُنسج العلاقات الانفعالية الأساسية : وبواسطتها تتشكل الشخصية خلال السنوات الأولى من الحياة وبفضلها ينشط الطفل نحو النضج . انها هي التي تؤمن الاستمرار بين جيل وآخر ، كما أن التقاليد والنظم والقيم تستديم بواسطتها . العائلة إذن تؤدي وظيفة مضاعفة وظيفة إعداد ووظيفة نقل .

أن الجماعة العائلية تكون أشبه بقالب يتفاعل فيه الأعضاء بعضاً مع بعض ؛ فتنشأ علاقات متبادلة بين أب ، وأم واولاد . وتتغير هذه العلاقات باستمرار . وهكذا يتولد توازن ديناميكي يجد فيه ، مبدئياً ، كل فرد حصته . ان كل العوامل المسؤولة عن نمو الشخصية تدور هنا في هذه الحلقة .

أهم هذه العوامل كما رأينا هو ميكانيزم الاقتداء . انه حقاً محّرك عملية النضج ولكن على الولد أن يجد في بيئته نماذج مرضية وجواً مؤاتياً ويميل البعض عادة إلى التشديد خاصة على دور الأم مع تقليص دور الأب .

ورغم ذلك يكون لهذا الأخير أهمية كبيرة وأن كـانت وظيفته مغـايرة . ويتدخل الأطفال الباقون في معادلات القوى . والأمر الـذي يجب ألا يغفل عن البال هو أن العائلة لا تتكوّن من وحدات تضاف بعضاً إلى بعض بل أنها واقع متحرك ذو صيرورة مستديمة .

للطفل حاجات ؛ وانطلاقاً من حاجـاته يمكننـا ان نحدد مـسؤوليـة الأهل تحديداً أصح . وأن هذه الحاجات تكون أولاً جسدية ؛ فالنمو النفسي الحركي لا ينفصل عن نضج الجهاز العصبي . ومن الضروري أن نأخذ ذلك بعين الاعتبار خلال ممارستنا التدريب والتربية . فالعظام والمشي والتحكم بالألياف العضلية يجب أن تتم جميعها في الوقت المناسب أي دون إفراط في التبكير أو التأخير . وتكون البيئة غير الملائمة خطيرة بنوع اخصّ خلال فترة النماء .

أما الحاجات العاطفية فتتبع في تـطورها خـطاً موازيـاً وهي تختصر بكلمتين تشملان كل مواقف الأهل انهما الحب والطمـأنينة . كـما انها تفرض وجود علاقات حميمة بين الأهل انهما الحب والطمأنينة . كما انها ما يبدو ، إلا البيئة العائلية وحدها . فالأم خاصة ، تضطلع في السنوات اوولى بمسؤوليات بليغة الأثر وذلك بحكم وظائفها البيولوجية وبحكم دورها الاجتماعي كمرضع . وان أحد العناصر الأساسية للعلاقة بين الأم والـطفل هـو الاستمرار إذ ليس من الضروري ان تعنى الأم بـطفلهـا وحسب بل ان تعنى به بطريقة منظمة ومتواصلة ؛ كما يجب عليها ان تجد في ذلك مكافآت تـساعدها على متابعة أداء دورها بطريقة تـولد لـديها الرضى والارتياح .

منـذ عـدة سنـوات قـام الـطبيب العقـلي الانكليـزي ج . بـولبي [J . Bowlby] بدراسة وصفيـة لمجموعـة من العوارض . وكـانت هذه الدراسة مؤهلة لأن تحظى بشهرة واسعة . اما تلك العوارض فقد كانت عوارض النقص في عناية الأم . وقد بين بولبي انه ، عندما يكون الطفل

مفصولاً عن امه لفترات طويلة ، أو عندما تكون هذه الأخيرة عاجزة عن ان تحيطه بالعطف الضروري ، فإن اضطرابات اشدّ أو أقلّ خطورة تحدث على مستوى الصحة العقلية وحتى على مستوى الصحة الجسدية .

وكانت بعض الملاحظات قد أكدت صحة هذه الظاهرة ، كما لوحظ منذ زمن طويل ان الأطفال في دور الحضانة والمياتم ينمون بصورة غير سليمة نسبياً . ويكمن فضل بولبي وقد كانت أعماله موضع انتقادات متعددة ، في انه نظّم المسألة واسترعى الانتباه الى التفاعلات المتبادلة بين أم وطفل .

وتكون هذه التفاعلات المتبادلة على عدة انماط أخرى ؛ وأن مواقف الأهل لا تنفصل عن شخصيتهم الخاصة كما لا تنفصل أيضاً عن خبراتهم السابقة . وسنتناول بعدة كلمات نوعي الاستجابات اللذين يصادفان بوفرة ويكونان قابلين لأن يصبحا مولّدين للأمراض انهما الحماية المفرطة [Surprotection] والرفض [rejet] . ويصح الكلام عن الحماية المفرطة عندما يكون الطفل موضع إظهار حب مفرط يمنعه كلياً عن مجابهة الحياة . ويصح الكلام عن الرفض عندما لا تتبنى الأم طفلها بشكل صحيح أو عندما لا تتبناه إطلاقاً . وهذان الموقفان هما أيضاً متقاربان ؛ فالحماية المفرطة تخبيء أحياناً رفضاً لاواعياً يحولّه الشعور بالذنب إلى نقيضه وذلك تبعاً للميكانيزم الذي تكلمنا عنه ؛ كما يمكنها أيضاً ان تتناسب مع «إزاحة عاطفة» [déplacement d'affection] مثلاً عند إمرأة تعاني الحرمان [frustraction] في حياتها الزوجية . ومن الواضح اذن أن مواقف الأهل الصحيحة تفترض لديهم مستوى كافياً من النضج .

تبقى العائلة بالرغم من التواءاتها الوحدة الأساسية . ونستنتج ان كل ما يبلبل بنيتها قد يكون له انعكاسات على تكوّن الشخصية . وقد تكون الجماعة العائلية معدومة الفعالية بسبب فقر مدقع أو عجز متأصل عند أحد الشريكين او قصور عقلي او نفسي مثلاً . ويمكنها ان تتفكك أيضاً اثر

وفاة أو أثر افتراق يسري (استشفاء أو حرب) أو أثر افتراق إرادي أو طلاق .

لقد بقيت البنية العائلية ثابتة نسبياً طوال أجيال ولم تتطور إلا قليلاً . لكن تبدلات العالم المعاصر السريعة أدت إلى إضطرابات راحت تبرز متضحة أكثر فأكثر . إننا نعيش في عصر تحوّل البنى الاجتماعية . فقد شمل التحول كل المؤسسات بما فيها العائلة كما كنا نعرفها . وهذا عامل آخر يجب ان نأخذه بعين الإعتبار وأن لم يكن باستطاعتنا ان نقيس نتائجه كلها .

تكلمنا لغاية الآن عن العائلة كما لو كان لها نموذجاً واحداً ، فهنالك ، إلى جنب العائلة المقتصرة على الأهل والأطفال والمسماة بالعائلة الزوجية ، [Famille Conjugale] عائلة ذات نمط أبوي [Patriarcal] وهي تتألف من عدة أجيال تتحد في مركّب واحد من العلاقات الإنسانية . وكان من التقليدي القول أن العائلة الزوجية كانت في البلدان الغربية وخاصة في البيئات المتحضرة بينها كانت العائلة الأبوية من حصة العالم الشرقي . أن هذا التمييز وقد كان يصح حتى زمن قريب ربما ، بدأ يفقد صحته تدريجياً . ويبدو ان تطور البنية العائلية يساير انطلاقة التصنيع الذي يواكب التغيرات الاجتماعية . ثم ان العائلة الأبوية تتبدل بشكل هائل حتى تتحول في كثير من الأحيان إلى عائلة زوجية . وبهذا نكون قد برّرنا اختيارنا إذن .

3 ـ التأهّل

على الرغم من دورها الرئيسي فإن العائلة لا تتفرد بالتدخل في تكوين الشخصية ذلك لأنها لا تكون منعزلة بل انها تمتد في المجتمع . وهكذا يضاف إلى الجماعة الأساسية جماعات متعددة اخرى تتزايد أكثر فأكثر . والحق يقال ان المجتمع يتكون من جماعات ذات أحجام متنوعة تتلاحم بعضها مع بعض ضمن شبكة واسعة من العلاقات المتبادلة .

العلاقات التي تنشأ ما بين أفراد العائلة بالغة الأهمية ؛ لكن يجب الا نهمل تأثير العلاقات مع الغير كما تظهر خارج إطار العائلة . ونعلم بالتالي ان الشخصية تبقى طوال الحياة خاضعة للتغير وانها بعد المراهنة لا تتثبت بصورة نهائية . . ومن المدهش القول إنه لا يطرأ عليها الكثير من التعديلات وذلك لأنها تشكل مع المحيط توازناً ديناميكياً . وبالتالي غير مستقر نسبياً .

تساعدنا هذه الملاحظات على أن نذكر عملية التأهل ونحددها تحديداً أفضل . وأن هذه العملية تبدأ في العائلة وتستمر بفضل العلاقات التي تنشأ في المجتمع . وقد رأينا كيف أن التقمص يشكل إحدى المراحل الأساسية من تاريخ الفرد النفس ـ جنسي . إن هذا الميكانيزم عينة يلعب دوراً في تعلم الحياة . وتظهر عدة ميكانيزمات تقمص تكون معقدة أكثر فاكثر .

فكما أن الطفل يتقمص شخصية والديه أولاً كذلك هو يختار له نماذج من المحيط . ومن خلال تلك النماذج يدمج الطفل في شخصيته الخاصة نظم المجتمع وقيمه . وتحتل هذه النماذج أشخاصاً ذوي اهمية بالغة بالنسبة إليه . ويكون لنوعية هؤلاء الأشخاص ، كما يكون لقوة التقمص ، تأثيراً لا يستهان به على تكامل الشخصية وعلى الصحة العقلية . ونخلص إلى القول : أن التقمص ليس ذا وظيفة واحدة هي التوصل إلى تكوين الأنا والأنا الأعلى وحسب ، بل أنه يحدّد نماذج سلوك تكون أساليب لفهم الواقع وضبط . وبهذا المعنى يشكل ميكانيزم التقمص أحد أسس البنية الإجتماعية .

هنالك مفهومان مأخوذان عن علم النفس المعاصر يساعداننا على تعميق معرفتنا حول عملية التأهل . وهذان المفهومان هما مفهوم الأنا المثالي (Moi ideal)ومفهوم الدور [rôle]. أما الأنا المثالي فهو الأنا المبتغى . انه إسقاط [projection]أعدّ انطلاقاً من صفات النماذج التي يعجب بها الفرد . والأنا المثالي ذو صلة بحاجات الفرد الواعية كما أنه ايضاً وعلى

الأخص ذو صلة بحاجاته اللاواعية . ويتبع ذلك أن الأنا المثالي يكون وثيق الصلة بميكانيزم التقمص . هو يمثل من هذا الميكانيزم وعي الشخص له . هذا وأن الأنا المثالي يشكل عاملاً إيجابياً في عملية التعلم . إنه واحد من العناصر التي تساعد الطفل على اكتساب السلوك الإجتماعي . وعلى تبني المواقف التي تتفق مع بيئته وثقافته . لكنه يوشك أن يكون مبعث توتر وعدم ارتياح بمعنى أن منشأ الكثير من أنواع الصراع هو ذاك الفرق الشاسع بين الإمكانات الفعلية من جهة والرغبات أو الأماني التي يجسدها الأنا المثالي .

أما مفهوم الدور فيفهم بالنسبة إلى الجماعات . نقول أن علاقات الأشخاص فيما بينهم تخضع لإنتظام نسبي قد يجعلنا قادرين ، إلى حد ما ، على التنبؤ بالتصرفات الإجتماعية . فهي تتناسب مع بعض نماذج تثبتها التقاليد والعادات . وللدور باديء ذي بدء وظيفة فردية . وليست الحياة سوى تتابع أدوار يضطلع بها الفرد: بشكل تتابعي أو في آن معاً . هذا ، وللدور وظيفة اجتماعية بمعنى أنه يضفي على العلاقات بين الأشخاص صفة الثبات . فنحن ننتظر مثلاً من هذا الطبيب أن يتصرف حسب هذه الطريقة أو تلك وذلك انطلاقاً من هذا المعيار أو ذاك . أنه دور مهني . وتتعدد الأدوار لتغطي مختلف نشاطات المجتمع .

ولكي يُعاش الدور بطريقة فعالة يجب أن يكون متصلاً بحاجات الفرد العميقة . يجب أن يتناسب مع مجموعة نفسية معينة أي مع مجموعة من الصفات والمواهب التي تربطه بالواقع . ونظراً لأنه يتوجب على كل فرد منا أن يضطلع بعدة أدوا ، يجب أن يكون هناك اتفاق وتوازن بين مختلف أساليب الحياة . ولكن لسوء الحظ أن تلك الشروط لا تتوافر دائماً وتكون مبعثاً للصراع . فعند هذه الأم التي لم تنضج النضج الكافي الذي يخولها من تقبّل ولادة طفلها ، ينشأ صراع بين الدور الذي ترى نفسها مدعوة لأدائه من جهة وشخصيتها الخاصة من جهة ثانية . وعند ذلك الأب الذي يهمل عائلته بسبب عمله ، ينشأ صراع لكنه هذه المرة صراع

بين دورين الأول طبيعي والثاني مهني . ونقول أنه بقدر ما تفرض الجماعة من أدوار ، تتطلب من الأشخاص المزيد من جهود التكيف . وهذا ما ينطبق خاصة على المجتمعات ذات المستوى العالمي من التصنيع والتي تتميز ببنى معقدة .

يبقى أن نقول عدة كلمات حول مدلول نُظم القيم . فالطفل عندما يتقمص احد الأشخاص يكون أكثر من مقلّد . أنه يتبنى المعتقدات والموجبات الأخلاقية والمواقف الثقافية وتعصب أو تعصبات نماذجه . ونحن نعلم أن الأنا الأعلى يتكون بهذه الطريقة كما أن القيم الخاصة بالجماعة تتناقل على هذا النحو أيضاً . ولا يكون هذا التناقل محصوراً في الزمن . أنه يتعدى الإطار العائلي لكي يستمر في المدرسة ويدوم طوال العمر . وليس للتربية أي هدف آخر غير تناقل بعض النظم الأخلاقية والثقافية من جيل إلى آخر والتي يتسامى مدلولها بالنسبة إلى مجتمع معين . وأنه بفضل تلك النظم يجد المجتمع وحدته ويتوافر فيه الإتباع .

4 - الأزمات الحياتية

يمكننا أن نتصوّر الحياة على أنها سلسلة مراحل متتابعة تختلف فيما بينها . ويرافق هذه المراحل أطوار يصعب تمييزها وتتسم باضطرابات تظهر على المستويين البيولوجي والعاطفي . ويتكلم بعض البحاثة عن «أزمات نمو» . أو ليست كل هذه ظاهرات تنخرط ضمن تاريخ الفرد ؟ وقد أخذ العلماء يركزون انتباههم ، منذ سنوات ، على فترات أخرى معينة تتميز باضطرابات مشابهة تؤدي أيضاً إلى تعديلات في النفسية . وتكون هذه الفترات وليدة أحداث معينة هي أشبه بتهديدات للشخصية . وهكذا نحن نتكلم عن أزمات طارئة لا يُعفى أحد من العبور في الكثير منها خلال حياته .

وتشكل أزمات النمو جزءاً مكملاً لتكوّن الشخصية وتطورها اللاحق . ويكون البلوغ قبل أي شيء آخر هو الذي يؤمن استمرار

مراحل النمو النفسي الجنسي الأولى وهو الذي يمتزج مع أوائل المراهقة . هذا ويرافق البلوغ على الصعيد الفيزيولوجي ظهور النضج الجنسي وعلى الصعيد الإنفعالي تكون هذه الفترة فترة عدم استقرار تكون فيها القيم التي تلقاها المراهق موضوعة على المك . ونجد امتداداً لأزمة البلوغ في أزمة أخرى تؤمّن الإنتقال من عمر الرجولة إلى بداية الشيخوخة : إذ يحدث عند المرأة الأياس أو القعود فنرى أن كل التغيرات البيولوجية التي تشير إلى نهاية فترة التناسل تنخرط ضمن إطار انفعالي مهم أحياناً . أما عند الرجل فنتكلم عن السن الحرجة وهي ذات مظاهر أكثر تخفياً .

وأما الأزمات الطارئة فهي تحدث في أي وقت من العمر حتى أن الولد الصغير لا ينجو منها . فولادة أخ أو أخت مثلاً تخلق صراعاً يظهر على نحو أو آخر . وهناك المآتم والمصائب والمرض والهجر والزواج والأمومة والأبوة ومسؤوليات العمل وتقلب العلاقات ما بين الأشخاص . والحمل ، والإحالة على التقاعد وكلها تشكل أمثلة على ذلك . هذا وعلى الشخصية أن تتكيّف كلما برزت أمامها وضعيّة جديدة . والطريقة التي تتم بها عملية التكيف هي التي تحدّد ظهور الأزمة أو عدم ظهورها .

ويكون تطور الأزمة مرتبطاً باستجابات الشخص وقدرته على الصمود . وحين يبلبل مثيرٌ معينٌ التوازن النسبي القائم بين القوى الإنفعالية ، تتدخل سلسلة من العمليات لكي تعيد إقامة هذا التوازن . ويكون بعض هذه العمليات واعياً بتجربته . وأن هذه العلميات الواعية تساعد في الحالات الملائمة على حل المشكلة المطروحة وهذا يعني التلاؤم معها بطريقة أو بأخرى . أما البعض الآخر من هذه العمليات فيكون ، إلى حد ما ، لا واعياً تبعاً للمعرفة التي يتمتع بها الشخص عن ذاته . وقد تعرفنا إلى هذه العمليات وهي ميكانيزمات الدفاع .

ويحدث أحياناً أن يستحيل الرجوع إلى حالة توازن القوى الإنفعالية . فعندما تُقهر مقاومة الشخص يظهر الجزع في موكب من العوارض ، وتأخذ العقبة المثيرة تلوّن كل شيء بلونها الخاص . وبطريقة مبسّطة نقول

أن تطور الأزمة يتم على الشكل التالي . أن المشكلة لا تبرز إلا بعد ظهور نسبة معينة من التوتر . ويكون لهذا التوتر أثر فعال في تحريك الدفاعات . فإذا ما تبين أن هذه الدفاعات غير كافية فإن التوتر يزداد تدريجياً . عندها يبدأ الشخص بإظهار بعض دلائل الإنزعاج . أما العوارض فتحدث في درجة أقصى من الدرجة السابقة .

ان الأزمات لا تتضمن سوى عواقب سلبية ، ويصح القول عنها أنها توشك أن تولد استجابات ذات طراز طب نفسي وأن تزيد من قابلية تأثر الشخص بهجمات جديدة . وهي ، بهذا المعنى ، تبدو غالباً أشبه بدلائل تستبق الأمراض النفسية ولكن يصح القول أيضاً أنها قادرة على أن تكون عامل نضج لا يستهان به . وقد عرفت الحكمة الشعبية ذلك في قولها : «إن الألم مفيد أحياناً ، فالأزمة ، عندما تُعاش بطريقة معينة ، تصبح قادرة على تقوية الشخصية بإغنائها وبتنمية مواردها النفسية .

لنأخذ مثلاً : داء خطير يلم برجل في أوج القوة . فالأزمة الناتجة حتماً عن هذا الداء قد تعاش بطريقة مأساوية . وهكذا تضاف إلى الجزع عوارض المرض الخطير . وعلى العكس يمكن أن يتحمل الشخص المرض وأن يتقبله . وهكذا فالمرض يبدو أشبه بتجربة وجودية حقيقية تعيد الشخص إلى ذاته . فالشخص يجد نفسه في حالة من التبعية لمحيطه ، وهذا ما يستدعي مرحلة سابقة من مراحل التطور . وقد يرى الشخص نفسه في أكثر الأحيان مسوقاً إلى أن يبني مع من يحيطون به علاقات مختلفة عن ذي قبل . إنه الآن مجبر على أن يضع شجاعته ومقاومته الأخلاقية على المحك .

ان لمفهوم الأزمة هذا أهمية قصوى على صعيد الصحة النفسية ، فهو يتيح لنا امكانية مراقبة الوضعيات القابلة لأن تصبح مرضية ، وهو يضفي بعداً جديداً على العمل الوقائي . ونخلص إلى القول أنه إذا كان البيان الذي أتينا على وصفه صحيحاً ، على الأقل في خطوطه العريضة ، يصبح بإمكاننا مساعدة الفرد في فترة الأزمة . لكن هذا يفترض محاولة

علاجية أو تأثيراً مباشراً على البيئة . وأنه لمن الممكن أن نتدخل قبل أن تظهر الأزمة حتى ، وذلك بتعيين نوعية الوضعيات الخطرة وبالدعوة إلى اتخاذ تدابير وقائية .

لقد قادنا بحثنا بادىء ذي بدء إلى أن نقوم باستعراض نقدي للمعايير الأكثر تداولاً في تحديد الصحة النفسية . وقد استطعنا أن نقيس تقصيرها . ولكي نحدد الموضوع بشكل أصح درسنا تكون الشخصية السوية وحاولنا تحديد العوامل التي يحتمل أن تؤثر على التوازن النفسي . وينتج عن ذلك سلسلة أخرى من المعايير التي تبدو ذات قيمة أهمّ .

وسنحتفظ من بين هذه المعايير الأخيرة بأربعة يبدو أنها تلخّص كل تلك التي اقترحها المؤلفون ويمكننا أن نعترف بقيمتها الكبيرة نوعاً ما . وهذه المعايير هي مواقف الشخص من الأنا ، والإحتكاك بالواقع ، وتكامل الشخصية ، والتكيف مع البيئة . وتجدر بنا الإشارة إلى أن حصة الفرضية تكون هائلة في دراسة من هذا النوع . وفي الواقع أنه منذ وقت قليل نسبياً ، أخذ الباحثون يهشمون بسيكولوجية الإنسان السوي . . . والصعوبات جسيمة على الصعيدين العملي والمنهجي .

1 ـ مواقف الشخص من الأنا

تتفق مواقف الشخص من الأنا مع ما لكل واحد منا من أساليب مختلفة في إدراك ذاته كفرد . وأن لهذا الإدراك الغامض تقريباً لما نحن عليه ، انعكاسات أكيدة على الصحة النفسية . وهو بحكم كونه ذاتياً لا يخضع بشكل دقيق للدراسة العلمية ؛ غير أن التحليل الظواهري

يساعدنا على أن نأخذ فكرة عنه ؛ ثم إن محاولة كهذه لا تنبئنا إلا عن المستويات الأكثر سطحية في الشخصية . أما على صعيد الممارسة فإن هذه المستويات هي التي ترشدنا إلى السلوك .

وضمن هذا الإتجاه أجرى الباحثون في جامعة ميشيغان في الولايات المتحدة بحثاً موسعاً مقتبساً عن تقنيات استقصاء الرأي ، فقد سألوا آلافاً عديدة من الأشخاص ، وذلك ضمن شروط محددة تحديداً دقيقاً الأسئلة الثلاثة التالية : أ ـ للناس فيما بينهم صفات عديدة يتشابهون فيها ، إلا أنه ليس هنالك من شخص يكون مطابقاً تمام المطابقة لشخص آخر . فبأية طريقة تعتقد أنك مختلف عن الآخرين ؟ ب ـ إذا كان لك ابن (أو ابنة في حال كون الشخص امرأة) فبمَ ترغب أن يكون (أو تكون) مختلفاً (أو مختلفة) عنك (أو عنكِ) ؟

ج ـ ما هي أحسن نواحي طبعك ؟

أما هدف السؤال الأول فكان الحصول على لوحة عامة تظهر مشاعر الشخص المعني تجاه ذاته . وكان السؤال الثاني يميل بطريقة غير مباشرة إلى جعل الشخص يبوح بنقاط الضعف التي يراها في نفسه . فقد كان (هذا السؤال) يُسأل بطريقة معينة حتى لا يجبر الشخص على الأدلاء بتصريح قاسٍ . فعلى تقمص الأب لإبنه والأم لإبنتها أن يساعد على تفادي المقاومات المحتملة . وأخيراً كان السؤال الثالث يتعلق بالعناصر الإيجابية في الشخصية .

انطلاقاً من الأجوبة التي حصلوا عليها فقد حصر المؤلفون ست مؤشرات هي : إدراك اختلاف مع الآخرين ، قيمة المشاعر التي تظهر تجاه الأنا ، والبوح بنقاط ضعفه ، ثم منشأ نقاط الضعف هذه ، ونفي النواحي الإيجابية في الطبع مع منفي منشأها . وأما فرضية العمل فقد كانت : أن على هذه المؤشرات أن تنبئنا عن مستوى استبطان الشخص وعن نوعية تقييمة لذاته وقد تناول التحليل الإرتباطات الممكنة مع أخذ الجنس والعمر ومستوى الثقافة بعين الإعتبار . ولسنا هنا بصدد الدخول

في تفاصيل النتائج ، فقد جاءت تؤكد ما كنا نعرفه لغاية الآن ، وأنه بقدر ما يكون الإستبطان مُرضياً تكون المشاعر القائمة تجاه الأنا ذات وجهين . أما فيما يتعلق بمتغيرات العمر والجنس ومستوى الثقافة ، فتكون مطابقة للأدوار الإجتماعية التي تُفرض ، كما تكون متعلقة بالثقافة التي تكتنفها .

وتكمن فائدة هذا الإستقصاء خاصة في أنها تفكك «مواقف الشخص من الأنا» وترددها إلى عدد محدّد من المؤشرات المعتمدة . وهي تؤكد أيضاً وجود تناقض ظاهر . وفي الواقع أن عدداً من المؤلفين يميل إلى اعتبار المعرفة الحسنة للذات والتي يرافقها تقييم إيجابي للإمكانات تشكل عاملاً أساسياً للصحة النفسية . إلا أنه يُستخلص من النتائج التي تم الوصول إليها ، إن الشخص يحتفظ ، في مجال وعيه ، بعناصر ملائمة كما يحتفظ بعناصر غير ملائمة وذلك بقدر ما يكون إدراكه كاملاً . وفي الواقع أنه لمن الأنسب التعمق بهـذا المفهوم ، ويبـدو من الممكن ألا يُغفل الشخص نواحي شخصيته السلبية دون أن يصبح التقييم العام من جراء ذلك ، غير ملائم .

إن تقييم الأنا تقييماً صحيحاً وسلبياً ، يفترض بالإضافة إلى التطور العاطفي المستفيض روحاً نقدية جيدة . ويُحتمل ألا يتوصل إليه سوى النـادرين من الناس والسبب واضح في ذلـك . إنها بـالضبط وظيفـة ميكانيزمات الدفـاع أن تجعل نـواحي الأنا القـادرة على تـوليد الجـزع والشعـور بالـذنب ، مقبولـة ، ويتم ذلك بـاللجوء إلى عمليـة تمويه حقيقية . ذلك يعني أنه لكي يتم التوصـل إلى حقيقة الأنـا يصبح من الضروري أن تكشف عن الميكانيزمات المعتمدة وأن نتعـداها . ودون ريب ، نـقول أن التوصل إلى ذلك لا يتم أبداً بشكل كامل إذ أن هنالك عناصر مأخوذة عن الأنا المثالي تمتزج مع معرفة الأنا الحقيقي .

ولكي يكون هذا الوعي قيّماً يجب أن رُفق ضرورة بتقبّل الشخص لرغباته . فمن يكن متمتعاً بصحة عقلية جيدة يتقبّل ذاته كما هو . أنه يعرف إمكاناته ولا يشعر من جراء ذلك بالأسف الشديد كما يأخذ موضعه

بالنسبة إلى العالم الخارجي . ويتبع ذلك أن رغباته تبقى متناسبة مع إمكاناته ، ونظراً لكون هذا الشخص بعيداً عن الصراع مع ذاته فإن سلوكه يصبح مبعث ارتياح وعدم توتر . هذا وأن التقبل لا يعني الإنسحاب أمام جهدٍ يجب بذله . إن التقييم الواقعي لا ينفي التغيرات بل على العكس يُثبتها ولكنه يقيس ثمنها ويسعد الشخص على الإلتزام دون روية .

وتقودنا هذه الملاحظات إلى الكلام عن مفهوم مجاور هو الشعور بالهوية (Le sentiment de l'identité) . ونحن جميعاً نعي وحدة شخصيتنا وهذا الوعي هو نوع من النظرة التركيبية للماضي والحاضر والمستقبل حتى . إنه إحساس بالاستمرار يربط الطفل والمراهق الذي كنا بالراشد أو الشيخ الذي صرنا إليه أو سنصير . نحن نتميز عن بقية العالم بهويتنا . إنها إذن صفة خاصة بالفرد تمتزج به في الحياة العملية .

ويتضمن هذا التعبير ناحية اجتماعية فالهوية توجد دائماً بالنسبة إلى الغير . وإذا كنا نتمايز فحكماً نحن نتمايز عن شخص آخر . هذا ويعي الطفل هويته خلال السنتين أو الثلاث سنوات الأولى من الحياة . فبفضل نشاطاته الحس - حركية هو يكتشف المدى الذي يحيط به ويصل إلى مفهوم جسمه . ومع تطور علاقاته الأولى بما يكتنفه يبدأ يرى ذاته ويحس بوجوده ويتعرف إلى ذاته على أنه كل منفصل عن المحيط . وبعد ذلك نرى هويته الجنيني تتضح وتضفي على شخصيته هذا الشعور الذي يجعلها في آن معاً وحيدة ومغايرة .

هذا ويبني لنا علم أمراض الهوية [pathologie de l'identité] أهمية هذه الأخيرة في الإقتصاد النفسي . فعندما تفقد هذه الصفة الثمينة ، الثمينة للغاية ، فقداناً مؤقتاً أو مطولاً نجدنا أمام تفكك الشخصية . فالمريض لا يعود يشعر بأنه هو بذاته ولا يعود يجد نفسه أو قل يصبح شخصاً آخر . أنه يفقد ما كان يعطيه أصالته ووحدته واستمراره . ونصادف هذا النوع من الإستجابات في العوارض الهستيرية ، مثلاً في حالات فقدان الذاكرة وحالات الهرب ، والشخصيات المتعددة . وفي الفصام أيضاً نرى أن

اضطرابات الهوية كثيراً ما ترافق مبحث الأعراض الملحوظة . وعندما يُعاد تكامل المريض مع إطاره الإجتماعي وعندما يكتسب هذا المريض هوية بالنسبة إلى جماعة معينة فإن المرض ، دون أن يشفي ، يتطور بطريقة ملائمة .

هذا ويمكن لإستجابات التفكك أن تفسح المجال أمام ظاهرة زوال الشخصية وهي ظاهرة تمثل أقصى حد لفقدان الشعور بالهوية . انها فرار من جزء لا يُطاق أو قل أنها إحتماء في اللاوجود . وهي تجربة نصادفها بوفرة في العوارض التي أتينا على ذكرها غير أنها تصادف أيضاً في بعض أنواع العصاب الخطيرة . ولكي ننهي هذه اللمحة السريعة نذكر بأن هناك عدداً لا يستهان به من الصعوبات الجنسية يشكل اضطراباً في هوية الشخص .

يبدو إذن أن مواقف الشخص من الأنا عظيمة الأهمية من حيث اعتبارها معياراً للصحة العقلية . لكن على هذه المواقف أن تتناسب مع بعض الشروط ، وقد ساعدنا نقاشنا على التعرف إلى أربع منها فيجب أولاً وقبل كل شيء أن يدرك الشخص أناه يعني ، أن يكون قادراً على اتباع حدٍ معينٍ من الإستبطان . ويجب ، ثانياً ، أن يكون ادراكه هذا لأناه صحيحاً قدر الإمكان . وثالثاً على الشخص ان يتقبّل ميوله أياً كانت ورابعاً وأخيراً أنه لمن الضروري أن يملك الشخص شعوراً بالهوية متيناً نسبياً ،وذاك ما يدلنا على أن عمليات التقمص كانت ناجحة خلال مراحل تكوّن الشخصية .

2 ـ الإتصال بالواقع

إن السلوك التكيف يفترض تقييماً صحيحاً لواقع العالم الخارجي ، وهنا أيضاً ، يتوجب علينا أن نتفاهم على معنى هذه العبارة . وقد نشط الفلاسفة دائماً في سبيل تحديدها . ويمكننا القول ، وفقاً لمقتضيات نقاشنا ، أن الواقع هو ما تسمح الحواس ، فعلينا ، بإدراكه . وعلى كل

حال إن هذا المفهوم يستوجب العديد من الإيضاحات .

أن رؤيتنا للعالم ليست سوى تقريبية ، وهي تتلوّن بشخصيتنا كما تعكس مشاعرنا وميولنا . فالعالم لا يصبح موجوداً إلا عندما يُرى . ولا يمكننا أن نقصي الفرد عن الظاهرة . وفي الواقع أن ما كنا نحاول تحديده هو علاقة تتوطد بين الشخص المدرك والعالم المدرك . ولهذا السبب لا يصح الكلام عن إدراك سليم نعتمده معياراً للصحة العقلية . وهذا يدفع بنا إلى افتراض وجود نموذج يجب ألا نخل به . ويصبح حرياً بنا أن نلجأ إلى إدراك صحيح لشخص معين . ولكن لنتساءل : هل أن كل إدراك هو غير صحيح بالنسبة للشخص الذي يدرك ؟ يبدو من الضروري إذن أن يترافق الإدراك في خطوطه العريضة وإدراك الأكثرية ، هذا مع وجوب الإقرار بوجود هامش للفردية .

العالم المدرك هو المحيط ، انه البيئة المادية كما أنه أيضاً البيئة الإنسانية . وأن العالم المادي يكون في الحالات العادية سهل الإدراك . ويكفي أن يتعوّد الشخص على استعمال حواسه وأن يتعود أيضاً على ان يشرع على الصعيد الطبي النفسي العصبي وهذا ليس بمستحيل ـ أن يشرع التأثيرات والمثيرات المنقولة مع مراعاة مستوى أدنى من الدقة . ورغم كل شيء تبقى امكانية الوقوع في الخطأ واردة ونجد في الأوهام مثلاً على ذلك . ونذكّر أيضاً أننا وضعنا أنفسنا على مستوى من الواقع هو مستوى التجربة اليومية والحياة العامة . ومن الواضح أن الواقع لا يظهر عند التحليل أشبه بحالة جامدة . فالعالم هو في صيرورة مستديمة وهو مبني على التغيّر والتحول يكون إدراك البيئة الإنسانية أكثر تعقيداً لأن موضوعه يعالج الأشخاص . أنه إدراك تفاعلات أكثر مما يكون إدراك كيانات منفصلة . وهذا يصح في قسم منه على البيئة المادية بقدر ما يتخللها العنصر الإنساني على مثلاً أن أنتقل من مكان إلى آخر فإدراك طريقي إلى جانب إدراكي للصعوبات المحتملة يكفي لكي يعلمني وعلي علي سلوكاً متكيفاً او ، أنا بحاجة لأستدين مبلغاً من المال فاتوجه إلى أحد

أقربائي لإعتقادي أنه مؤهل لمساعدتي . ثم أحرك سلسلة من الظاهرات النفسية التي تتعلق بنواحي شخصيتي العميقة والتي تثير اهتمام قريبي بطريقة مماثلة . وهكذا يكون ما أدركته وضعيته اعطيتها قيمة معينة كما أعطيتها محتوىً ذا مغزى .

على ضوء ما تقدم نقول أن الإدراك هو أيضاً اطلاق احكام وذلك يصح في المثل الأول كما في المثل الثاني . ولكي يكون إدراك الواقع معياراً مقبولاً للصحة العقلية ، لا يكفي أن يكون (هذا الإدراك) صحيحاً بل أن يولد تقييماً يكون ، قدر الإمكان صحيحاً وعندما تتدخل حاجات الشخص العاطفية بحدة قوية فإنها توشك أن تعطل تنافي الإدراك والحكم . فهي تخبيء الواقع وتعمل تقريباً كما تعمل العدسات التي تغيّر الصورة . فالواقع ، وهو لا يُدرك على ما هو عليه بل حسب المعنى الذاتي الذي يضفيه الشخص المدرك عليه ، يولّد حتماً سلوكاً غير متكيّف .

الا أن هذا لا يعني أن الخطأ يكون دليل صحة عقلية مختلفة . فهو مسموع ! ويبقى هامش الريب في تقييم أية وضعية هامشاً كبيراً . ودون شك تكون الموضوعية التامة غير موجودة اطلاقاً ، إذ أن انفعالاتنا تنزلق لا محالة بين العالم وبيننا . ويبقى سلوكنا ذا فاعلية بقدر ما لا يسرف تأثير هذه الإنفعالات في بلبلة الحكم على المدركات . ويمكننا الإعتقاد بأن الشخص الذي يتمتع بصحة عقلية جيدة ، نظراً لكونه يعي حاجاته العميقة ، يكون أكثر استعداداً من سواه لتحليل وضعية معينة ؛ وحين تحدث التجربة يكون هذا الشخص قادراً على أن يجابهها بنسبة كافية من التبصّر كما يكون قادراً أيضاً على الا يلتزم إلا بعد تدقيق ثاقب . هذا ومن المسلّم به أن طريقة الفعل في الواقع تتضمن أيضاً نواحي إدراكية وذهنية .

أن العلاقات المتوالدة بين الأشخاص هي التي تحدد أكثر من سواها امكانات الإدراك لأنها . بالضبط ، تلجأ إلى استعمال المشاعر ونُظم القيم . أن معرفة الغير ليست بأسهل من معرفة الذات الخاصة . هي

تفترض شيئاً آخر غير ضبط الميول ، وهذا الشيء الآخر هو نـوع من القدرة على الإحساس من الداخل تتعـدى الفهم العادي . إنها محاولة تقضي على الشخص بأن يضع نفسه موضع الآخر . وكانت الفلسفـة الأرسطية قد وصفت هذه الظاهرة وصفـاً رائعاً قبـل أن يكتشف علم النفس كلمة فهم الغير [empathie] ليصفها . والعبارة التالية : «المعرفة تعني : قدرتنا على أن نصبح الآخرين» ، تبقى مقبولة دائماً .

أن هذه الميزة التي لا يتمتع بها كل الناس ـ وما أبعد ذلك ـ تظهر خلال تكون الشخصية وترتكز إلى حد بعيد على ميكانيـزم التقمص . وهي تستلهم أيضاً التقاليد والثقافة التي نتلقاها كما تفترض الإعتراف بقيمة الشخص واحترام الغير ونقول أن مهارة فهم الآخـرين إذا ما أخـذت كمعيـار للصحـة العقليـة تشكـل عنصـراً كبـير الأهمية فهي لا تنمي الشخصية من حيث توسيع السجل الإنفعالي وحسب بل أنها تسهّل قيام العلاقات مع الآخرين . وهي أيضاً تجعل الشخص أكثر تأثراً بآراء الغير وتساعد على التوصل إلى إدراك أدق ؛ وهو ، أي هذا الإدراك ، يكون ، على العموم ، أكثر توافقاً ولئن كان حدسياً في قسم منه .

إن تشويه الواقع ينتج عن انخراط الحاجات العـاطفية في وضعيـة حقيقية . والتشويش ، حين يكون ضمن درجـة محدودة ، لا يؤثـر في السلوك سوى تأثـير سطحي ويبقى منسجـماً مع صحـة عقلية مـرضية تقريباً . ولكنه حين يكون ضمن درجة شديدة الخطورة فإنه قد يصبح كُلياً فيفقد إذ ذاك الإتصـال بالـواقع وهـذا ما يقـودنا إلى صميم علم الأمراض وإلى عالم الذهان [psychose] والهذيان والهلوسة ليسا سـوى مظهرين من مظاهر فقدان الإتصال بالواقع وهما المظهران الأكثر شيوعاً والأكثر تمييزاً . فالتفكير يصبح غير واقعي أي أنه يفقد كل صلة مع العالم الخارجي كما نعرفه نحن .

غير أنه يوجد أمثلة على التفكير اللاواقعي غير المرضي . وما يميّز هذه الحالات هو أنها مؤقتة وتبقى خاضـعة إلى حد معـينّ لرقـابة الـوعي .

فالحلم وقت النوم أو حتى في حال اليقظة ينجم عنها كما أن اللعب يتقرّب منها . ونذكر على الأخص ميدان الإبداع الفني بكليته ، فالأعمال المسماة بأعمال المخيلة تقترح إعادة بناء العالم وهي بمعنى أو بآخر تبتعد عن الواقع . ويصح هذا القول على الفن في شتى أشكاله . وتصبح رؤيا الفنان لدى تطبيق هذا المعيار مظهر صحة عقلية سيئة .

فالتشويهات الدقيقة إذن وتلك التي تبدو أحياناً ، في الظاهر ، وكأنها جد سوية تحصل نتيجة لتدخل ميكانيزمات الدفاع . وأن الحماية التي تؤمنها هذه الميكانيزمات للشخصية تكون بديلة التلاءم مع الواقع . ولأن هذا الواقع يكون غير مقبول أو على الأقل يصعب قبوله وذلك مع أخذ ميول الشخص بعين الإعتبار ينتج عنه (أي عن الواقع غير المقبول) إعادة تنظيم فينكر الشخص الواقع ويهرب منه ويحوله وينظّمه . وقد رأينا أن عدداً لا يستهان به من هذه الميكانيزمات يلعب دوراً إيجابياً عندما يبقى ضمن بعض الحدود . وبالمقابل هناك ميكانيزمات كالنكوص والإسقاط تتخذ فجأة صفة مرضية . أن درجة ونوعية الإتصال بالواقع تعبر عن مستوى الصحة العقلية .

3 ـ تكامل الشخصية

إن مواقف الشخص من الأنا بالإضافة إلى إدراك الواقع لا تمثل سوى نواحي منعزلة من عمل الوظائف النفسية . وإذا ما اعتبرنا أن هذين يحددان وحدهما الصحة العقلية نكون أشبه بمن يعتبر الأجزاء على أنها كل . يجب أن نلجأ إلى مفهوم أرحب يكون رغم بعض الغموض فيه ذا أهمية بالغة : إنه مفهوم التكامل . وهو العملية التي تكتسب بواسطتها الشخصية وحدتها وتماسكها . أنه المبدأ الذي يضفي المعنى على الظاهرة الإنفعالية ويرسم للسلوك اتجاهه ويدخل المنطق الذاتي في الجهاز النفسي . ومن البديهي أن يكون لمفهوم كالذي نحن بصدده أصداء فلسفية ومذهبية ، ولكن سبق أن قبلنا بمثل هذا لأنه لا يمكن ان يكون الحال على غير لك في ميدان متحرك كهذا .

فمن وجهة نظر تحليلية نفسية نقول أن هنالك توازناً ديناميا بين مختلف طبقات الجهاز النفسي وبين الوعي واللاوعي . فللهو وللأنا كما للأنا الأعلى وظائف دقيقة لا يمكن أن تفهم إلا بالنسبة إلى المجموعة . أنها أجهزة قوى متفاعلة؛ ويختل التوازن عندما تصبح السيطرة لجهاز واحد منها . ويسهل علينا استنتاج العواقب على الصعيد النظري على الأقل . فسيطرة السهو تضخم أهمية الغرائز وأما إذا كان التفوّق للأنا الأعلى فإن قوى الرقابة تكون مسيطرة .

ويعود إلى الأنا دور الحفاظ على علاقات مؤاتية بين متطلبات الهو والأنا الأعلى . هذا ويتوجب عليه ألا يتعدى بعض الحدود فإذا ما تدخل وأفرط في تدخله بشكل عام فإن التوازن سيتأثر من جراء ذلك . وأخيراً نقول أن الأنا هو الذي يؤمن تكامل الشخصية ؛ ولهذا عليه أن يتميز بصفات معينة وعلى الأخص بالقوّة والليونة . فالأنا القوي هو أنا ملائم قادر على القيام بوظائف تركيب وإدراك الواقع . والأنا اللين يتميز بخاصة معينة من المرونة ، وأن المراقبة التي يقوم بها تتم دون صلابة وتترك فسحة حرة .

أن مجمل طبقات الجهاز النفسي المختلفة تتعاون مع بعضها البعض وعلى درجات متفاوتة من الوعي واللاوعي . فينتج عن ذلك أن ميزان القوى بين هذين المستويين يشكل إحدى دعائم الصحة العقلية . فلكي يقوم الشخص بنشاطات تؤمن له حداً أدنى من الإرتياح ، ولكي يعتاد العلاقات الإنفعالية المقبولة مع محيطه يكون من الضروري ألا يتدخل المستوى اللاوعي ، دون حق ، في الطبقات الواعية . إنها لطريقة مختلفة تبين الفكرة التي عبّرنا عنها في كلامنا عن معيار الواقع لنعرف أن على الحاجات الإنفعالية ألا تشوّه الإدراك .

العصاب كالذهان يدل على خلل في الجهاز النفساني وهنالك علم أمراض خاصّ بالأنا والهو والأنا الأعلى . ويمكن اعتبار بعض الأمراض على أنها أمراض التكامل . تلك هي الحال في الفصام [schizophénie]

وهو ذهان يتبعه انحلال الصلة بالواقع وتفكك تكامل الأنا . ويأخذ تفكك التكامل كل معناه . وفي العصاب تجد الإضطرابات تعبيراً خاصاً ببحث العوارض يبين بوضوح موضع خلل التوازن ويكفي أن نفكر بعصاب وسواس التكرار وبتدخل الأنا الأعلى في توليده ؛ زد على ذلك أن بعض صفات العصاب المميزة كالصلابة والميل إلى التكرار وبقائية السلوك تتناسب على العكس مع صفات وضعناها على أنها تنتمي إلى الأنا السوي .

أن التكامل الناجح يتجلى بالتساهل الحسن مع الجزع . وبتعبير آخر ان على الشخص المتمتع بصحة عقلية مُرضية أن يجابه الحياة دون أن يكون تكامله دوماً موضع تساؤل . ويمكنه أن يعاني من التوتر فتظهر لديه العوارض في بعض المناسبات المفجعة ولكن على مراقبته النفسية أن تحتفظ بفعاليتها . أن جهازه الدفاعي يعرف كيف يستخدم أسلم الميكانيزمات كالإعلاء والتعويض . ويكون أناه مبنياً البناء الكافي كي لا يؤثر فيه التوتر إلا تأثيراً سطحياً . ويكون ما يحسّه الفرد من شعور بالإطمئنان ناتجاً عن توازن قواه النفسية توازناً دقيقاً بل ناجحاً .

التكامل لا يكون معطى ، أنه حصيلة تطوّر لا ينتهي أبداً ، تطور يجعل من الطفل راشداً . ويتركز هذا التطور بين قطبين هما التبعية والإستقلال . والشخص المستقل فعلاً - ونادر الوجود وهو من تجاوز مراحل تكوّن شخصيته دون تعلق لو تشابك جديين ونجح في التخلص من رواسب الطفولة ، فأصبحت علاقاته مع المحيط تتم على نمط من الإستقلال . وهو قادر على أخذ القرارات والإضطلاع بالتبعات كما أن مواقفه مع الأشخاص لا تميل إلى إرضاء حاجاته العاطفية على حساب الغير . وتكون نشاطاته بالنسبة إليه مبعث كفاءات إلى جانب كونها خلاقة .

ويتناسب السلوك الذي يميّز الإستقلال مع بنية معينة للشخصية : وهي تتكون من عوامل سبق وصفها . كما تحتوي على نظم القيم ، وعلى

وعي واضح للإطار الإجتماعي ، وتقر بوجود امكانات الفرد ، وتساعد على تحقيقها . ويجب أن نسجّل مفهوم تحقيق الإمكانات هذا . وهي ، بالنسبة لعدد لا يستهان به من المؤلفين ، تشكل بحد ذاتها معياراً للصحة العقلية وهم يرون في هذه الظاهرة المحرك الحقيقي للنشاط البشري . أوليست إحدى خصائص الحياة أن تميل إلى النمو أي أن تميل إلى تحقيق ذاتها ؟ .

إن الإستقلال يكون خصيلة النضوج (maturation)[1] ، والنضوج يتوافق مع أفضل تكامل ممكن للشخصية ، هذا مع أخذ الظروف بعين الإعتبار . أنه إذن مفهوم بنيوي . وأن التحليل المتعمق يبين أن النضج يتطلب ، لكي يتوطد ، فلسفة معينة في الوجود أو ربما هو يكون نتيجة لها ؟ ويصعب تصوّر شخص قد بلغ كامل نموه وهو بعد لم يحدد له أهدافاً ولم يكوّن بعض الآراء حول الموضع الذي يحتله في الكون . أن الوعي الذي يكون قد اكتسبه عن ذاته يدفعه إلى أن يأخذ له موضعاً . وتنخرط هذه المحاولة ضمن نظام قيم معيّن ، يكون بالنسبة للأكثرية ديانة وللآخرين فلسفة اجتماعية أو اخلاقاً علمية .

يبدو أنّ التكامل يشكل إذن المعيار الأساسي للصحة النفسية فهو ، من جهة يمثل نقطة وصول تكون الشخصية ليذوب في تلك الصفة النادرة الا وهي النضوج وهو من جهة أخرى يضفي على المعيارين اللذين سبق أن تناولناهما معناهما الحقيقي . ولا شك أن التكامل لا يُقاس على طريقة معايرة الدم ؛ ولا شك أيضاً أنه لا يوجد هناك رائز يساعد على اكتشافه أو على تتبع تطوره . ولكن هذه ليست على الأرجح بمبررات كافية لكي نحرم من معيار مفيد كهذا حتى ولو أضيف إلى الغموض الذي لمحنا إليه قدر كبير من النسبية .

---

(1) لقد ميزنا بين النضج والنضوج واعتبرنا أن الأول يوازي كلمة [maturité]بينما يوازي الثاني كلمة[maturation] ملاحظة المترجين .

4 ـ التكيف مع البيئة

تشكل نوعية وطبيعة العلاقات التي تبني بين الإنسان ومحيطه ، تشكل بنظر الكثيرين معياراً ممتازاً للصحة النفسية وهو إن لم يكن المعيار الأفضل فهو بالتأكيد أكثر المعايير بداهة ـ وما من شك في أن السلوك ينم عن غرائز الفرد . غير أن هذه المحاولة ليست بدون مخاطر فهي لا تتمتع بقيمة معينة إلا ضمن مخطط عام : وينبغي ألا نغفل عن بالنا المعايير الأخرى إذ لا يكون السلوك سوى ظل لها وهو أحياناً ظل مشوّه وغير صادق .

ولمفهوم التكيف حدوده : فإذا ما اعتبرنا التكيف مجرد تقبل سلبي للمحيط فهو لا يكون دليلاً قيّماً للصحة النفسية إنما عكس ذلك تقريباً . ويمكن للإمتثالية [conformisme]أن تكون مظهراً عصابياً . أن التكيف لا يبدو صالحاً إلا إذا أُخذ في ديناميته : هو يظهر إذن أشبه بنتيجة نوع من التوازن أو التوفيق الذي يتم بين الإنسان والواقع والذي يفرض تغييرات من كلا الجهتين إذ أن هذا الأخير يرتاح إلى العالم الخارجي ؛ وهذا ما يسمى بالتكيف الناشط .

أن أية قاعدة أخرى قد تعود بنا إلى أن نفرض على الكائن البشري دوراً تاريخياً له أهميته . ولو أن الإمتثالية سادت بشكل دائم لما كان العالم تطور أبداً . أن المحيط في مظهريه من بيئة مادية وبيئة انسانية هو في الواقع ميال إلى مقاومة التغيّر ، وأنّ من حاول تعديل وضعية معينة يعرف ما تستلزمه هذه الوضعية من جهود ويعرف ما يتكبده هو الآخر من مجازفات . ولكن هذه المقاومة تلعب دور حماية للمجتمع وهي مفيدة شرط ألا تحكم على المجتمع بالعقم . ويكون المجددون غالباً غير متكيفين بكل معنى الكلمة ويقودهم بحثهم عن اتزانهم الخاص إلى إعادة تنظيم البيئة تنظيماً ضئيلاً .

فالتكيف إذا ما فهم على هذا النحو يفترض أن الشخصية ترتاح إلى الوضعيات التي تصادفها بشكل مألوف خلال الحياة ولا يوجد «وصفة» أو قاعدة سحرية للتوصل إليه . فالمحيط ، من العائلة إلى المجتمع كله ،

مروراً بالمؤسسات ، يقدر على المساعدة . ولكن الشخص يصادف دوماً ظرفاً يكون فيه وحيداً كما يتوجب فيه عليه أن يضطلع بتبعات لا يستطيع أحد سواه أن ينوب عنه في الإضطلاع بها . وهذا ينطبق على الولد الذي يذهب إلى المدرسة للمرة الأولى ، كما ينطبق على المراهق الذي ينتفض ضد عائلته ، أو على الراشد الذي يحصل على ترقية مع ما تتضمنه من أعباء إضافية .

أن جميع مراحل الحياة تتطلب جهود تكيف لأنها حتماً تؤدي إلى تغيرات يختل فيها التوازن مع المحيط خللاً مؤقتاً يؤدي أحياناً إلى أزمات كتلك التي ذكرنا . فيتولد أخيراً توازن جديد يكون منبثقاً عن تعديلات تتم عند الشخص وإلى حد معين في المحيط . فحين يجتاز الشخص مرحلة من المراحل يجد شخصيته قد توطدت وإليكم الإجابة عن وجوب كون «الأنا» قوياً وليناً في آن معاً : يجب أن يكون على قدر من القوة لكي يقاوم وطأة الوضعية والأزمة المرتقبة كما يجب أن يكون على قدر من اللين لكي يؤمن التكيف اللاحق .

ويمكننا أن نقيّم نوعية التكيف تقييماً أفضل من خلال مختلف أدوار الحياة ، وسنتوقف عند الأهم والأساسي منها أي الزواج ، والأمومة أو الأبوة ، والعمل . فمعظم الكائنات البشرية يضطلع بهذه الأدوار في فترة من حياته ويعبر بنجاحه أو فشله عن ميول شخصيته . ويتضمن كل دور من هذه الأدوار نواحي متعددة تورّط الشخص تورطاً انفعالياً في أعزّ ما له وتولد سلوكاً معقداً جداً . ويمكننا أن نقيس التكيف مع هذه الأدوار باللجوء إلى بعض المعايير التي يلمح استقصاء جامعة ميستفان ، وقد تكلمنا عنه ، إلى ثلاث منها أنها المكافآت والإرتياحات التي يشعر بها الشخص ، والمشاكل التي تخلقها الوضعية ، وأخيراً قدرته وكفاءته على التعبير عن ذاته أي شعوره في أن يكون أو لا يكون على مستوى الدور المطلوب .

يكون الزواج بالنسبة للأكثرية الدور ذا التأثير الأكثر عمقاً والأكثر امتداداً . فإن العلاقة الزوجية تورط الشخصية في كليتها وفي نواحيها

الجسمانية والنفسية . وهي تظهر معظم ميول الشخصية بواسطة الصلات العاطفية التي تنسج ذاتها ، فبالجنس تصل إلى إشباع الغرائز وإن نسبة الطرق وتكاثر الهجر والخلاف تؤكد جيداً أننا نكون في الزواج أمام تجربة إنسانية صعبة للغاية ولربما أصعب التجارب على الإطلاق .

ولكي تتكلل هذه التجربة بالنجاح تفترض أن يكون كلاً من القرينين قد توصل إلى نضج كاف . ويكون هذا نادراً في المنطلق نظراً للسن العادية للزواج . فإن ما يحدث في الحالات الأكثر إيجابية هو أن هذا التطور يتركز في وقت تتوطد فيه الصلة الزوجية . فالشريكان حين يتبادلان المساعدة يتوصل الواحد منهما إلى معرفة فضلى لذاته عن طريق الآخر . وفي الحالات الأقل إيجابية تتخذ التفاعلات فجأة مظهراً عصابياً ، فيميل الواحد إلى الآخر ليحقق على حسابه إشباعاً يعوض عن حاجاته الإنفعالية الخاصة . إنها في أغلب الأحيان الحاجات إلى الإستقلال التي تعبّر عن ذاتها بمواقف طفولية وتشترك في مراحل سابقة من مراحل النمو بحيث يكون اختيار الشريك بالذات متأثراً بها .

هذا وقد ربط الباحثون نجاح الزواج لمدة طويلة ربطاً يكاد يكون قطعياً بالنواحي التناسلية من الجنس ؛ ولكنهم كانوا في ذلك يأخذون النتيجة على أنها سبب . وإذا كان تفاهم القرينين الجنسي يدل على نجاح زواجهما فإن العكس يكون بعيداً عن الصحة . إن هذا المفهوم وقد تحول في زمن معين إلى عقيدة ، نتج عن التحرر الواسع الذي عقب الفرويدية وهو لا يعدو كونه نظرة جزئية ؛ فالتناسل لا يمثل سوى ناحية واحدة من الجنس . وهو يأخذ معناه الحقيقي في إطار أوسع يشمل النواحي النفسية من الجنس كما يشمل المشاعر والإنفعالات. وأن القدرة على الحب تكون بشكل قاطع عامل صحة عقلية بقدر ما تتناسب مع تكامل الشخصية . والحب الحقيقي يتجدد كل يوم ويتطلب عناية واعية وهو في أساس الزواج الناجح . أنه دليل تفاهم عميق .

والأمومة ، كالأبوة ، تعطي الزواج بعده الحقيقي . وقد كان من

السهل على الناس منذ جيل أو جيلين أن يؤدوا هذين الدورين . وليست طبيعة العلاقات الإنفعالية هي التي تغيرت بل انه الإطار الإجتماعي . ان تطور المؤسسات في عالم هو في أوج التحول أثر على بنية العائلة إلى حدٍ جلب غموضاً كبيراً في علاقات الأهل والأطفال ، فلم يعد هنالك من نموذج قيم كتلك التي كانت تصادف في عصر كان أكثر ثباتاً . فالتقاليد لم تعد تلعب دوراً كدورها من ذي قبل ولم تعد تشكل المرتكز الأفضل . فنتج عن ذلك تعقيد دور الأهل وهذا ما يكون غالباً مبعث توتر كما يكون شديد الخطورة عندما لا تستوعب الشخصية هذا الدور بشكل صحيح وعندما لا تقبله منذ الإنطلاق فيصبح مولداً للصراع .

وثالث كبار أدوار الحياة نعيشه في عالم العمل . والإنسان يخصص له القسم الأكبر من وقته وتكون مشاكل التكيف فيه في معظم الأحيان شديدة الحدة . هذا وأن الشخص ينقل إليه مصاعبه الإنفعالية كما هو الحال في المواقف الحياتية الأخرى . والعمل المثالي ، يدوياً كان أم ذهنياً ، ليس ذاك الذي يؤمن مستوى أدنى من الإرتياح وحسب بل يؤمّن أيضاً امكانية النمو . ونجد أنفسنا أمام مفهوم الإمكانات [potentialités] . فالشخصية تتوطد بالعمل وتكون ، تقريباً ، موضوعة على المحك . لكن الوظيفة ، لسوء الحظ على ما هي عليه اليوم وخاصة بسبب انطلاقة التصنيع ، تحمل أحياناً الحرمان .

في النهاية نقول أن علاقات الأشخاص فيما بينهم تكون القاسم المشترك لمشاكل التكيف كما تطرح في الزواج والتجربة العائلية والعمل . وهي تبعاً للإسلوب الذي تعاش به تشكل معياراً أساسياً للصحة العقلية . وقد يصح القول فيها أنها تجعل الميول آنية [أي أنها تصرفها في الوقت الخاص] تحيّنها ويتم ذلك على مستوى أساسي من التعبير . أن علاقات الأشخاص فيما بينهم تعبّر عن التوتر والصراع وهي بتعبيرها هذا أشبه بفاضح السّر ؛ كما أنها بهذا المعنى تعطي على مستوى الصحة العقلية ارشادات ثمينة جداً .



الطرائق والتقنيات

الفصل الخامس

تطور الأفكار

كيف نصون إذن هذه الصحة العقلية العسيرة المنال والسريعة العطب ؟ هل يمكن تنظيم مكافحة فعّالة للقضاء على هذه الموجة الحالية من الأمراض النفسية ، مع أخذ الزيادة الحاصلة في السكان بعين الاعتبار ؟ بأي مقدار وبأية وسائل يمكن تلافي هذه الأمراض ؟ كيف نحسّن مستوى الصحة النفسية عند شعب من الشعوب ؟ وهل هذا الأمر قابل للتحقيق على الأقل ؟ هناك العديد من المسائل التي يبدو من التهور الاجابة عنها ، دون استناد إلى بعض الأمور لأنها تتخطى بالفعل نطاق الطب النفسي التقليدي .

لقد عرف الطب النفسي ، منذ جيل تقريباً تحولات عظيمة ، واتسع نطاقه وتبدلت مبادئه تبدلاً جذرياً ، كما ان هناك مجالاً لإعادة تحديده ، والبحث عن مقام له بالنسبة لبقية الاختصاصات الطبية . وكذلك بالنسبة للعلوم الإنسانية بوجه عام . ففي هذا الصدد ، سنحاول ان نشير إلى تطوره ، عبر المذاهب والمعالجات وبرامج المساعدة . وستسمح لنا هذه الخطة ان نفهم بشكل أفضل ، كيف يبدو العمل الوقائي .

1 ـ المذاهب

يمكن ان نرجع الطب النفسي ، بشكل موجز ومصطنع نوعاً ما من حيث هو اختصاص ، إلى فترات ثلاث : فترة وصفية ، فترة ديناميكية

وفترة اجتماعية . وكل فترة من هذه الفترات تمثل مرحلة تطور على الصعيد النظري ، وهي تقابل نشوء بعض المفاهيم . وان عملاً تمهيدياً كعملنا لا يدعي إحلال نفسه محل ما ذكر تاريخياً عن هذه القضية . فهو ينطوي خاصة على إبراز المعنى العام للتغيرات الطارئة .

وتعقب المرحلة الوصفية الغموض الذي يميز كل اختصاص في طور تكونه . ونحن نعلم انه لعصور عديدة خلت ، كان يعتبر المريض النفسي كمن به مس من الشيطان ، ونادراً ما كان يعامل بطريقة إنسانية . وكانت تنطوي حالته على السحر أكثر مما كانت تدل على حالة طبية كادت ان تصبح علمية . فلم توضع المحاولات الأولى لتصنيف الأمراض النفسية إلا تباعاً ، وقد أفسحت المجال للطب النفسي بأن يتكون كفرع من فروع علم الطب .

وكانت ترتكز هذه التصنيفات المستمدة من الطريقة التحليلية ـ العيادية ، التي اشرنا إليها سابقاً ، على التشابه بين العوارض المرضية . وبالرغم من كل الجهود ، فقد بقي علم الكشف عن الأمراض النفسية مجهولاً وكان لبعضهم أفكار غامضة تماماً عن العوامل المسببة لهذه الأمراض . وهكذا فقد استنتج كبار الأطباء النفسيين في القرن التاسع عشر من مجمل ملاحظاتهم ، بعض مجموعات مرضية . واثناء هذه الفترة عقد الطب النفسي أواصر علاقات متينة مع علم الأعصاب . وقد ساعد على تكامل الاختصاصين ذلك الميل إلى تأليف الهيئات الذي طبع العصر بطابعه .

وقد أجازت نظرية التحليل النفسي ، التي تسللت شيئاً فشيئاً إلى فكرة الطب النفسي ، تخطي مستوى الوصف البسيط لظواهر المرض العقلي بغية الوصول إلى مستوى الفهم . وليس من المبالغة القول ان التحليل النفسي قد أغنى الطب النفسي . وان أي طب نفسي لا يأخذ هذا التحليل بعين الاعتبار يكون بصراحة قد تخطاه الزمن . فلا نهتم اليوم بالعوارض المرضية فحسب ، بل بالبحث عن جذورها . ولا نكتفي بوضع

تشخيصات هي كشعارات تطبق على المرض وإنما نتعلم أن نستعمل تعابير من علم الأمراض النفسية . لأن هناك اتجاهاً اليوم نحو علم نفسي تكويني .

وحتى ذلك الوقت ، بقي الطب النفسي سجين مكانٍ لا منفذ له . وقد بقي مرتبطاً بمنهجية كادت تشله، بالرغم من بديهياتها القيمة ووجهات النظر التي لم تكن قوية تماما . ويميل الطب النفسي ، بوجه الإجمال ، إلى تناول الظواهر النفسية بفكر وطريقة عالم التشريح ، أو عالم الفيزيولوجيا . وما جاء به التحليل النفسي هو مفهوم بنية الجهاز النفسي ونظرية الجنس وتكوين الشخصية ونظام شرح العوارض المرضية .

وهذه المرحلة ، التي يمكن ان نسميها المرحلة الديناميكية ، تنبىء من خلال طلائعها بالذات بالمرحلة الاجتماعية . ويمتد علم النفس الفردي حتى يصل إلى علم نفس الجماعة . ويتم التفكير ، يوماً بعد يوم ، بتعابير ذات بنيات اجتماعية وذات ديناميكية جماعية . وينصب الاهتمام للمرة الأولى ، بطريقة منهجية ، على عوامل البيئة ، ويقام وزن للثقافات المختلفة وكل شيء يبقى مركزاً على الفرد ، ولكن هذا الفرد ليس معزولاً في عالم معادٍ له إنه في «موقع ما» .

وليست هذه المراحل غير متسلسلة تاريخياً فحسب ، لكنها تتداخل فيما بينها . وساهمت كل مرحلة من هذه المراحل ، ولا تزال ، في إيصال الطب النفسي إلى ما وصل إليه اليوم . ومنذ القرن الماضي ، لم تطرأ تغيرات كثيرة على التصنيفات الرئيسية للأمراض العقلية القائمة حالياً ، وعلى الأخص فيما يتعلق بالذهان . ولم ينجح اسهام التحليل النفسي الذي عزز فهمنا لعلم الأمراض بسبب حدوده الخاصة ، في خرق أطر علم تصنيف الأمراض . وبالطبع ، يجب الاعتراف بأن عدداً لا يستهان به من الأطباء النفسيين ذوي المنشأ الكلاسيكي ، لا يأخذون التحليل النفسي بعين الاعتبار ، فهم يبنون آراءهم في العلاج على التجربة العيادية التقليدية .

أما التمييز بين مرحلة ديناميكية واخرى اجتماعية ، فهو لا يزال قائماً . وقد يكون المقصود بها بالأحرى ، وجهان لحقيقة واحدة . ويدرس الكائن البشري ، بشكل عامودي وآخر أفقي ، في الوقت نفسه . ويرجع حد هذا الكائن العامودي إلى تكوُّن الشخصية ، حسب تحديدها التكويني ومراحلها المختلفة . وحده الأفقي هو في علاقة مع المحيط أي مع كل عوامل البيئة الفيزيائية والبيئة البشرية التي لها تأثير ملائم ، نوعاً ما ، على التاريخ الشخصي للفرد .

ولقد أشرنا سابقاً ، إلى ما يمكن أن يكون لمفهوم المرض في الطب النفسي من التباس وغموض . وتأخذ هذه الملاحظة هنا ، أهميتها البالغة في سياق البحث الذي سيستأثر باهتمامنا . ويظهر المرض كنتيجة للعديد من العوامل التي تختلف أهميتها في مجموعة الاسباب المرضية . فهو في معظم الأحوال شبيه برد فعل للشخصية بالنسبة إلى المحيط . ويمكننا أن نضيف من وجهة النظر نفسها ان المرض يبدو كاستمرار أي تماماً بعكس الانقطاع مع الماضي وكتعبير غريب عن الشخصية وكحادث له بداية ونهاية محدودتان تماماً . وهذا مما يجعل للطب النفسي معنى جديداً .

2 ـ المعالجات

ان التطور الذي شرع به سابقاً له ما يعادله على الصعيد العلاجي . فحتى وقت قريب كان الطبيب النفسي أعزل ولم يكن بتصرفه أية طريقة فعالة حقاً . لذلك كان من الصعب عليه أن يجد بالشكل المنشود من تطور الأمراض العقلية فكان ينحصر دوره في غالب الأحيان بتأمين حد أدنى من العناية وبالقيام بأعمال وقائية ورعائية باسم المجتمع . لقد كان يوجد بالطبع ما كنا ندعوه «المعالجة الاخلاقية للجنون» . وكان ذلك يمثل مواقف شفقة وإنسانية تبدو اليوم طبيعية ، ولكنها لم تكن مستوحاة من اي أساس مذهبي .

وأصبح الطب العقلي تدريجياً أكثر فعالية . وقد اخلى التشاؤم ، الذي كان المنطلق ، المجال أمام تفاؤل أخذ يتأكد شيئاً فشيئاً ويمكن للطبيب

النفسي حالياً ان يفتخر بالحصول على نتائج تضاهي على الأقل نتائج الفروع الطبية الأخرى . فقد كفَّ الطبيب ان يكون حارساً لمرضاه ليصبح الشافي لهم واندمج بالتيار العلمي الكبير الحديث. وإذا كان الطب النفسي قد خرج بذلك من عصوره الوسطى فذلك عائد قبل كل شيء إلى ظهور المعالجات القيمة مؤخراً ، وانتشارها الواسع يعود إلى نتائجها .

وقد سارت المعالجات في الطب النفسي باتجاهات موازية للتيارات المذهبية . ويتحدث البعض عن معالجات فيزيائية ومعالجات نفسية بنفس الطريقة التي كانوا يتكلمون بها عن الأصل العضوي والأصل النفسي للأمراض العقلية . فمن وجهة نظر شمولية يبدو واضحاً أن هذا التمييز هزيل . ونحن لا نتمسك به إلا لسهولته ، وفي الواقع ان الطرائق والتقنيات الأكثر استعمالاً اليوم هي من كلا الاتجاهين، وعوضاً عن ان تتعارض فهي تتكامل وغالباً ما تترابط وبامكاننا ان نتمثل سلماً من إمكانيات المعالجة بشكل خط مستقيم في أحد طرفيه المعالجات الفيزيائية التي تتضمن أقل ما يمكن من المركبات النفسية ، وفي الطرف الأخر المعالجات النفسية المحضة ، فبين هذين القطبين تتلاقى سائر الأنواع .

ويتميز مجال المعالجات الفيزيائية في العصر الحديث بسلسلتين من الاكتشافات . فهناك بادىء ذي بدء ظهور المعالجة بالصدمة الكهربائية والمعالجة بالانسولين ، ومن ثم هناك إدخال المحركات العقاقيرية النفسية المقوية والمهدئة . وقد أدخلت المعالجة بالصدمة الكهربائية والمعالجة بالانسولين الأمل إلى الطب النفسي، أما بالنسبة للمحركات العقاقيرية النفسية فقد اشعلت ثورة حقيقية .

وإذا كانت المعالجة بالعقاقير قدعرفت انتشاراً يتزايد على الدوام فإن الأكثر قدماً بقليل كالصدمة الكهربائية ، وبدرجة أقل ، المعالجة بالانسولين لا تزال تحتفظ بمدلولاتها ، ولا تعقد الأهمية الكبرى للمحركات العقاقيرية النفسية على فعاليتها فحسب بل على سهولة

تجرعها أيضاً . وهي تؤثر في العوارض المرضية الأكثر ازعاجاً كالهياج العصبي ويمكن ان يشار باستعمالها دون ان يوضع المريض في المستشفى . وأنواع هذه المحركات متعددة جداً والاشارة باستعمالها تزداد يوماً بعد يوم .

وقد وسم ظهور تقنية التحليل النفسي في مجال علم النفس تلك الفترة بسمته ، فظهرت لأول مرة طريقة ناجمة عن نظام متماسك لتفسير الحياة النفسية والتي على ما يبدو تعطي نتائج في بعض الظواهر العصابية على الأقل . وتطور التحليل النفسي على حسابه الخاص بمعزل عن الطب النفسي . ولم يجد التحليل النفسي المركز اللائق به إلا منذ وقت قريب وليس في كل الأوساط . ومن الممكن أن ترى تقنية التحليل النفسي ـ بشكلها الكلاسيكي ـ حقل نشاطها يتقلص شيئاً فشيئاً . فطول فترة العلاج وحدود مدلولاتها تجعل منها بالنسبة لمجموعة من السكان معالجة لا مثيل لها . مع العلم ان الأهمية تنتقل الى تقنيات أكثر فعالية وسرعة .

وتصدر هذه التقنيات عن قطاع المعالجات النفسية الواسع ، بعض هذه التقنيات ذات منطلق فرويدي والبعض الآخر تشترك فيه شتى مدارس الفكر . وبعودة سريعة إلى نظرية الشخصية تقسم هذه المعالجات النفسية إلى فئتين كبيرتين . فمن جهة هناك تلك المعالجات النفسية التي تميل إلى تعزيز عمليات الدفاع عند الشخص ولذا يدور الحديث على معالجات نفسية للحماية . وهذه المعالجات هي الأكثر بساطة وسهولة وشيوعاً في الاستعمال . ومن جهة أخرى هناك تلك التي تهدف إلى إجراء تغيير في الشخصية بدرجات متفاوتة . وتمثل تقنية التحليل النفسي النوع المتطرف من هذه المعالجات .

وهذه الطرائق كلها فردية من حيث التحديد ، وهي تعود إلى حوار بين المعالج والمعالَج ، حوار علاجي يضع في الجو قوى معقدة هي بالطبع غير معروفة وقد بحث البعض منذ عدة سنوات بتوسيع هذه الطرائق . وتضمينها عدة مواضيع . وترتكز المعالجات النفسية للجماعات على

ديناميكية العلاقات ما بين الاشخاص . وليست فائدتها سوى اقتصادية وعملية ، فهي تسمح بالفعل بتحليل ردود فعل المريض بالنسبة للبيئة التي تحدث فيها ردود الفعل هذه . وبذلك تسهل هذه المعالجات الوعي الضروري لكل معالجة نفسية مهما تكن أنواعها أو أهدافها الراسخة .

ويتزايد الميل يوماً بعد يوم إلى أخذ البيئة بعين الاعتبار في الأمور العلاجية التمهيدية ، وذلك نتيجة منطقية لتطور الافكار حول الأمراض النفسية . وكل الطرائق التي تستخدم البيئة من أجل اغراض علاجية تدل على معالجة اجتماعية حقيقية . وإذا كنا قد اعترفنا منذ وقت بعيد للعمل بدور إيجابي فهو لم يصبح علاجاً إلّا منذ وقت قريب. ويمكن ان يقال الشيء نفسه عن التقنيات التي تستدعي التعبير الشفهي أو اللعب ونذكر كذلك في نطاق أوسع كل إجراءات ومحاولات التأثير على البيئة فهي جميعها ترقى إلى إعادة تكيف الشخص . وسنستسنح الظرف للرجوع إلى هذه الأمور .

3 ـ وسائل العمل

ان التغيرات الطارئة على صعيد تنظيم مساعدة المرضى النفسيين لا تقوم إلا بعكس للتطور الذي يؤدي على الصعيد المذهبي إلى فهم أفضل للعوامل المرضية النفسية ، وعلى الصعيد العلاجي إلى طرائق معالجة اكثر فعالية ، وهذه التغيرات هي التي تشهد على التعديلات الأساسية التي طرأت على الطب النفسي ، وهي التي تساعد في التعرف إلى التقدم الحاصل ، كما تساعدنا في تقدير ما بقي علينا عمله . وتتعرض هذه التعديلات قبل كل شيء للمؤسسات القائمة ومن بينها مستشفى الطب العقلي .

فمنذ مدة طويلة وحتى يومنا هذا كانت تنحصر المساعدة في العديد من البلدان بمستشفى الطب النفسي ومستشفى المجانين القديم الذي اتخذ اسماً آخر دون ان يغير في الحقيقة طبيعته . وإذا نظرنا إلى إمكانيات

المعالجة المحدودة تبين لنا انه لم يكن هناك من حل آخر سوى عزل المرضى بعيداً عن المجموعة البشرية . فليس من المصادفة إذاً ان تكون قد ظهرت تلك الابنية التي لها شكل سجون القرون الوسطى ، بقضبان شبابيكها وفي العديد من الأحوال بالشرطة على أبوابها . وليس من المصادفة أن نرى فيها آلاف الأفراد المقصيين بعيداً عن التجمعات البشرية وكأن ذلك من أجل تدليل أفضل على جنونهم . وهذه المستشفيات المنفرّة ترمز تماماً إلى مبدأ المساعدة الطبية النفسية لعصر لم ينتهِ للآن كلياً هو عصر عزل المرض .

وقد فهم الناس تدريجياً أن المستشفى بالشكل الذي كانت عليه والذي تصورها به القدماء كانت تنمي المرض أكثر مما كانت تساهم في شفائه ، فكان عليها أن تتبدل أمام المقتضيات الجديدة . وقد اكتشف الناس أنه لا يوجد حل واحد لمشكلة الأمراض العقلية وأنه ليس من صيغة تصلح لكل مكان وتجيز للمجتمع أن يتخلى عن مسؤولياته . وشيئاً فشيئاً تألف مذهب حق للمساعدة الطبية النفسية انطلاقاً من تلك المعلومات المكتسبة . وسوف نحاول تعيين المميزات الأكثر أهمية لهذه النظرية .

أن برنامجاً لمساعدة طبية عقلية مجدية يتناسب مع مهمات محددة . وهذه المهمات تنجم عن مبادىء علاجية حديثة . وهكذا أصبح الاستشفاء المتبع منذ وقت بعيد إجراء شاذاً ؛ فحين يفرض يجب أن يكون فرضه لمدة قصيرة وألا يؤدي إلى انقطاع المريض عن بيئته . وهذا يفترض خدمات من نوع جديد تختلف عن خدمات المستشفى التقليدية . كما أن هناك مجالاً لمعالجة المرض طيلة مدة تفاعله وليس فقط في الفترة الحادة منه . لذلك وجب إعلام الهيئات المعنية بالأمر .

ـ وهناك خاصية أخرى هي الاتجاه المتعدد الاختصاصات ، فلم يعد الطبيب النفسي وحيداً إن على الصعيد العيادي أو على الصعيد الإداري لأن هناك ميلاً للعمل ، ولأن المرض يرتبط بالطبع بإطار اجتماعي كما أن

لاختصاصيين آخرين دوراً عليهم أن يقوموا به . فعالم النفس والممرض والممرضة والمساعدة الاجتماعية يكوّنون جزءاً لا يتجزأ من النواة المهنية التي بدونها لا يمكن لخدمة طبية نفسية أن تعمل بفعالية . وفي العديد من الحالات يجب أن يحاط علماً كل من المعالجين بواسطة العمل ، والمربين وعلماء الجريمة ومعيدي النظر في التربية .

وهناك خاصية ثالثة هي الدور الذي يتعاظم على الدوام والذي يقوم به طب نفس الولد وكل الخدمات المتعلقة به . وإن برنامجاً للمساعدة الطبية النفسية يهمل مظهراً جوهرياً كهذا ليس ناقصاً فحسب ولكنه عائب في أساسه بالذات . فمن العبث أن نكرر ما للسنوات الأولى في الحياة من أهمية في تكوين الشخصية . ولكنه من المهم على الأخص في الطفولة أن نعاين العوارض المرضية في الوقت الملائم ، وأن نتعرف إلى صعوبات التكيف ، وان نقوم عند الاقتضاء بتطبيق المعالجات أو الإجراءات اللازمة .

ويشكل الاهتمام بالعوامل الثقافية عند تنظيم أو تنفيذ برنامج للمساعدة خاصية رابعة . فليس هناك من طرائق يمكن أن تطبق بشكل منفصل عن إطار البيئة . ليس لأن هذا النظام أو ذلك النوع من الخدمة يبدو فعالاً لكي ينقل تلقائياً إلى بلد آخر . فكل شيء يتأثر بالحاجات والثقافات المحلية . ولا تشكل المقاييس الموضوعة قواعد مطلقة لذا يجب أن نحور ونكيف أنواع المساعدة للمرضى العقليين وفقاً للظروف والبيئات المختلفة .

وأخيراً تجدر الإشارة إلى نزعة تحمل معها ربما اصالة حقيقية للمساعدة الطبية النفسية الحديثة . وتقوم هذه النزعة على التكامل بين برامج الصحة العقلية وبرامج التنظيم الصحي .

ولكن كيف يكون برنامج الوقاية الصحية العامة كاملاً بدون وقاية عقلية ؟ لا يمكن أن يكون هناك ، منطقياً ، قطاعات مجزأة في الأجهزة

التي يتبناها بلد من البلدان لحماية صحة مواطنيه . وهكذا لا يمكن أن يوجد طب حقيقي بدون الطب النفسي والعكس بالعكس .

يبقى أنه ، لأسباب تاريخية ، توسعت برامج المساعدة الطبية العقلية بمعزل عن برامج الصحة . ولا يزال مبدأ العزل قائماً حتى على الصعيد الإداري وأن العائق الكبير في العديد من الحالات هو الجهاز التشريعي الذي ليس على مستوى الأحداث .

4 ـ الوقاية

اين تكمن الوقاية في هذا المخطط الذي عرضناه ؟ إنها تظهر في الوقت الذي يبدأ فيه التعرف على العوامل المسببة للأمراض العقلية . ومع هذا لا تكتسب الوقاية أهمية حقيقية إلا عندما يسمح التقدم العلاجي بالتدخل بنجاح متزايد . وهذا يعني أن الوقاية غير منفصلة عن المعالجة ؛ فلهذه الأخيرة مفهوم أكثر اتساعاً من الماضي ، حيث كانت غالباً ما تعود إلى تجرع للأدوية أو إلى تدخلات محددة تماماً .

أن مفهوم الوقاية مأخوذ من علم الوقاية العامة ، فإذا كان تطبيقه على ما يخص الطب النفسي هو الذي يستوقفنا فهناك فائدة في تحديده بالنسبة إلى الطب في مجمله . وتفترض الوقاية امكانية مراقبة ظهور وتطور المرض وهذا يؤدي إلى مجموعة من الطرائق والتقنيات التي تسمح بالتأثير على مختلف مراحل العملية المرضية فنحن مدعوون إلى أن نميز مختلف أصعدة الوقاية حسب الأهداف المطلوبة .

ولنأخذ مثالاً لمرض معروف تماماً كالتيفوئيد . فبامكاننا القضاء على العامل الذي يولده ، بالنظر إلى بكتيريا ابرت «EBERTH» بتبني بعض الإجراءات الوقائية . وباستطاعتنا بالتالي خلق مناعة في الجسم ضد الاصابة بالمرض بواسطة تلقيح معين. ففي الحالتين نمنع ظهور المرض مما يترجم في الاحصائيات الحياتية بنقصان عدد الإصابات . وهذا ما يعرف بالوقاية الأولية . وإذا ظهر المرض وحشدت كل الطاقات لمعالجته بشكل

بجعله يستمر أقل وقت ممكن نكون قد مارسنا وقاية تعرف بانها ثانوية ، وهناك صعيد ثالث هو الوقاية الثلاثية التي تقوم على اتقاء عواقب المرض وتسهيل العودة إلى الحياة العادية .

ان الوقاية الأولية تتعلق حكماً بعلم أسباب المرض فهي تفترض معرفة أسباب المرض وإيجاد وسائل تساعد في التأثير عليها بفعالية . فلم تختره مصادفة التيفوئيد كمثال لأن الامراض المعدية تؤلف المجال المفضل لهذا النوع من الوقاية . وتبني الوقاية الثانوية بشكل أساسي على المعاينة والمعالجة المبكرتين . فهي تجيز التدخل في عوامل لا يكون أصلها معروفاً في كل الأحيان كما في الأمراض القلبية ـ العرقية . وتتضمن الوقاية الثلاثية كل الاجراءات المخصصة لمنع المرض من الانتقال إلى المرحلة المزمنة وللتصدي لعدم الكفاية الوظيفية .

ومن هذا الادارك للوقاية يبرز حدث مهم جداً يظهر مدى تطور الطب منذ جيل أو جيلين . فلم يعد الطبيب مسؤولاً لوحده عن حالة السكان الصحية . وإذا كان لا يزال يلعب دوراً أساسياً في هذا المجال فهو مع ذلك يؤلف جزءاً من الأجهزة الصحية المنتشرة التي تتضمن خدمات متنوعة . وقطاع الوقاية الثانوية هو قطاع طبي بالتأكيد ، وبالمقابل فإن الوقاية الأولية ، وبدرجة أقل ربما الوقاية الثلاثية ، تستدعي إجراءات عامة تتعلق بالسلطات العامة وتؤدي الى تدخل الاخصائيين من غير الأطباء . فلنفكر هنا في حملات استئصال الملاريا . فإذا كان الكشف عن المرض ومعالجته (وقاية ثانوية) يدلّان على علم الطب فإن التصدي للطفيلي موضوع البحث أي بعوضة الملاريا هو (وقاية أولية) يتعلق من ضمن ما يتعلق بالمهندس الصحي أو المدني . أما بالنسبة لإعادة تكيف المرضى المعاقين فذلك (وقاية ثلاثية) تفترض إجراءات اجتماعية وافية تضاف إلى التدخل الطبي .

وتصح المبادىء ذاتها في الطب النفسي . ومع هذا فإن الوقاية الأولية بالمعنى الدقيق نادرة ، لأن الغالبية العظمى من العوارض النفسية المرضية

لا تعرف أسبابها المرضية الدقيقة ، إلاّ أنّ إزمان بعض هذه الأمراض ذات الأصل العضوي والحاملة في طيها علم الأعراض العقلية تعود إلى هذا النوع من الوقاية . وهذه هي الحال في أمراض الذهان السّام (psychoses) وبعض أمراض القصور والشلل العام المتأتي عن سيفلس عصبي وهذه كلها في الحقيقة تقع في نطاق التقنيات الطبية . ولكن الوقاية الأولية تفهم اليوم من وجهة نظر أوسع فهي تتألف من كل الإجراءات الفردية أو الجماعية التي تهدف إلى خلق أفضل الشروط الممكنة للصحة العقلية ، وللتصدي للعوامل التي قد تؤثر بشكل غير مستحب على هذه الصحة علماً بأننا نأخذ الظروف بعين الاعتبار .

والوقايتان الثانوية والثلاثية تقعان على طرفي نقيض من التاريخ الطبيعي للمرض ، في البداية والنهاية . وتطبق ذات الأصول التي تطبق في قطاعات الطب الأخرى لذلك يجب التعرف على المرض ومعالجته في أبكر وقت ممكن . ويجب أن ندفع بكل قوانا لتفادي المضاعفات ولتسهيل استعادة الصحة ، وهذه الخطوات وثيقة الصلة ببعضها وتتعلق بتنظيم المساعدة الطبية النفسية .

الفصل السادس

المساعدة الطبية النفسية

لا تفهم المساعدة الطبية النفسية الحديثة بدون شبكة من الخدمات المتعددة وفقاً للضرورات العلاجية وحاجات المرضى . وتعبر هذه الخدمات على الصعيد العملي عن المبادىء التي تكلمنا عنها . وسندرس البنيات الأكثر استعمالاً بشكل عام وسطحي للغاية .

وليس لهذه البُنى في حال كونها منفردة ، سوى قيمة محدودة . فلكي تكون فعّالة يجب ان يترابط بعضها مع بعض داخل مجموعة كبيرة وسنرى كيف يتحقق الارتباط الوظيفي لمختلف فروع المساعدة الطبية النفسية . ثم سنتكلم عن البرامج المقترحة . فهذه البرامج هي التي تعطي في النهاية قيمتها لأفضل البنى وهي التي تضعها في الإطار العام للعمل الوقائي .

1 ـ الخدمات داخل المستشفى وخارجها

إن مستشفى الطب النفسي هي مركز للمعالجة ولإعادة التكيف ، فهندستها وكذلك تنظيمها المادي ، جديران بجعل هذه الوظائف الجديدة ممكنة . فمن حيث المبدأ ، يجب الا تضم المستشفى الطبية النفسية اكثر من ثلاثمائة إلى خمسمائة سرير . فعند تخطي هذا الرقم الأخير ـ المعتبر كحدٍ أعلى ـ يصبح من الصعب ان نبقي للمستشفى صفاتها الإنسانية . وتكون الإدارة فيها أقل كلفة كما تدل الدراسات الحديثة على ذلك . ويتعين علينا أن نحسب للمدة الضرورية

للمعالجات ، ولاوقات الفراغ ، وللاهتمام بالعلاج . وننصح بان يُنشأ فيها وحدات علاجية من عشرين إلى ثلاثين مريضاً . فبينما كانت المستشفى التقليدية شبه معزولة بشكل دائم تقريباً ، نرى المستشفى الحديثة متأصلة في الجماعة وعلى صلة وثيقة ووظيفية بها .

ويصبح الاستشفاء بحد ذاته معالجة . وقد نشأت معالجة جديدة يقال لها معالجة داخل المؤسسة (مؤسسية وهي تشمل الطرائق التي تسهل إزالة الجنون وإعادة التكيف الاجتماعي للمريض . وتكوّن البيئة الاستشفائية مجتمعاً خاصاً له قوانينه الخاصة . ويمكن استخدام البيئة والنشاطات المختلفة من لهو وعمل وصلات مع الخارج واتصالات متبادلة بين المرضى والهيئة المشرفة على المعالجة ، من أجل غايات علاجيّة نفسية تضاف إلى نتائجها المعالجات المعتادة . وهناك ميل لتسهيل خلق بنى يشترك فيها المرضى ويكون لها أيضاً ، أكثر من ذلك ، مدلول تكيف جديد ، كلجنة أو هيئة تنظيمية أو ناد مثلاً .

وهذا الوصف يبقى نظرياً إلى حدٍ ما ، ويصور مثالاً أعلى صعب المنال ، فتركة الماضي تنيخ بثقلها . والمستشفيات المبنية منذ 30 سنة هي صعبة التعديل تبعاً للحاجات الجديدة . فإذا لم يكن اصلاحها ممكن دائماً ، فمن الممكن ان نحسِّن الجو فيها على ضوء المعطيات الحديثة . والمهم أن نتبنى سياسة تدعى «سياسة الباب المفتوح» التي تصبح بفضلها الخدمات المغلقة ، أي الخدمات التي يخضع فيها المرضى لرقابة دقيقة جداً ، ولا يستطيعون ان يفلتوا منها ، شاذة عوضاً عن أن تكون هي القاعدة . تلك هي الخطوة الأولى نحو إعادة تقيم المستشفى .

ومنذ عدة سنوات ، ظهر نوع جديد من الخدمة الاستشفائية ، هو الخدمة الطبية النفسية في المستشفى العام . وهذه الصيغة المنتشرة في أميركا أكثر من فرنسا تعرف رواجاً متصاعداً ، فالحسنات تتضاعف ومدة الاستشفاء تقصر والصلة بالبيئة المجاورة تبقى في أفضل الظروف الممكنة . وتؤمن للحالات الحادة معالجة سريعة تميل إلى الازمان أقل من

الماضي . ويشكل مرضى الطب العقلي على الأخص عينة مختارة تعامل من بعض الأوجه تقريباً كما يعامل المرضى الآخرون .

وهناك بنية قريبة تتمثل بالمستشفى النهارية . وهذه المستشفى تكون منعزلة أو مرتبطة أيضاً بالمستشفى العام ، ان لم يكن بمستشفى الطب النفسي . فيمضي فيها المرضى النهار فقط ويستفيدون من ذات الامكانيات العلاجية كما لو كانوا داخل المستشفى . وهذا حل طبّي واقتصادي معاً ، ومن جملة حسناته انه يؤمن من ديمومة العناية ، ويتأصل في البيئة الاجتماعية العائلية . وقد جُرب بنجاح في عديد من البلدان . ففي فرنسا كان أول إنجاز من هذا النوع مستشفى إيلان (Elan)النهاري في باريس . وهناك احتمال يقضي بأن يضاف إليها مستشفى ليلي ، فيستعمل التجهيز نفسه مرتين . وقد أنشىء أحد أوائل هذه المراكز في مستشفى مونريال العام في كندا .

وكل هذه الصيغ التي ترتكز على مبدأ الاستشفاء الكامل أو الجزئي يجب أن تتبعها خدمات خارج المستشفى . ولهذه الخدمات وظيفة مزدوجة في الكشف الباكر عن المرض وتحمل مسؤولية المرضى . وقد يعني تحمل مسؤولية المريض نقله إلى المستشفى عند الاقتضاء أو معالجته بطريقة نقّالة . ويضم الفريق الذي يقوم بالعناية على الأقل ، علاوة على الطبيب النفسي وهيئة التمريض عالم نفس ومساعدة اجتماعية . وهناك أنواع عديدة من الخدمات خارج المستشفى : استشارات مرتبطة بدائرة من دوائر مستشفى عام أو مستشفى طب عقلي ، ومستوصف مستقل ومركز للصحة العقلية .

وتضاف إلى البنى القائمة خدمات الطوارىء التي تفرض نفسها دائماً في الأوساط المكتظة جداً بالسكان . وتنظم هذه الخدمات بطريقة تمكنها من العمل ليلاً نهاراً ، وتأمين كل الاستشارات الطارئة ، وهذا يعني المعالجة المباشرة أو الاحالة السريعة إلى المستشفى . ويضاف إلى هذه الخدمات في بعض الحالات وحدة تتضمن بعض الأسرّة وتسمح بمراقبة

هذه الحالات . ويجب أن يوضع تحت تصرف هذه الهيئة (طبيب نفسي مساعد) وسيارات اسعاف وان تستطيع الانتقال إلى المنزل عند الضرورة القصوى . وتوجد منذ عدة سنوات بنى كهذه في بعض المدن الكبرى . ففي امستردام مثلاً ، تلحق هذه البنى بتنظيم خدمات العناية داخل المنزل . وتسمح هذه الصيغة الأخيرة المجربة أيضاً في فرنسا بالتصدي للازدحام في المستشفيات .

ان برنامجاً شاملاً للمساعدة يجب ان يأخذ بعين الاعتبار مشكلة إعادة انضواء المريض في المجتمع . ولهذه الغاية وضع عدد ضخم من الصيغ موضع التنفيذ وتؤلف هذه الصيغ باسمائها المختلفة ـ بيت مخفور ، مركز للعناية المسبقة ، مركز إعادة تكيف ، نادٍ اجتماعي ـ نوعاً من مرحلة وسيطة بين المستشفى والعالم الخارجي . فعوضاً عن ان يقذف بمستشفى الأمس في خضم الحياة ، في وقت لا يزال فيه طري العود ويكون غالباً مقطوع الأواصر العائلية ، فإنه يُستقبل اليوم بشكل انتقالي في وسطٍ تسهّل البيئة العلاجية فيه إعادة انضوائه في مجتمعه ويستطيع ان يتابع تحسنه بفضل الإحاطة الطبية الاجتماعية ونشاطات الفرقة وإجراءات إعادة التكيف . ويلعب المشغل المخفور ، وهو بيئة انتقالية أخرى ، دوراً مشابهاً . فهو يهدف إلى تسهيل إعادة التكيف مع العمل وإعادة التصنيف المهني . وبهذا المعنى يختلف عن دائرة الاهتمام العلاجية التي تدخل في نطاق المعالجة بمعناها الصحيح . وهذه صيغة يصعب تحقيقها فهي تفرض العديد من المساعدات وتفترض وجود هيئة مميزة وذات خبرة . ونجد من هذه الهيئة امثالاً بارزة في انكلترا واوراضي الواطئة وفي الاتحاد السوفياتي . ففي فرنسا لا يزال هذا النوع من الانجازات نادراً جداً . ونذكر تجربة لها أهمية خاصة ، لأنها تتوجه إلى البيئة الريفية ، وهي : مركز العناية المسبقة وإعادة التكيف الاجتماعي والزراعي في الغرب .

2 ـ الخدمات الخاصة

لا تنحصر المساعدة الطبية النفسية بهذه الهيئات فهي تشمل ايضاً خدمات خاصة تلبي طبيعة العوامل النفسية المرضية ومختلف فئات الأعمار . فإذا بقيت المبادىء الأساسية قيّمة ، فإن بعض التغيرات ترى النور . وهذه حالة دوائر خدمات الأولاد ودوائر خدمات المسنين ودوائر خدمات المرضى المزمنين .

وهذا يطبق ايضاً على بعض الفئات ذات التصنيف المرضي التي تطرح مثلاً مشاكل خاصة ، كالتأخر العقلي والادمان على الكحول وداء النقطة .

ودوائر خدمات الأولاد لا تختلف كثيراً عن دوائر خدمات البالغين . فإننا نجد ذات البنى داخل المستشفى وخارجها ، ومع هذا تختلف الأعمال العلاجية التمهيدية اختلافاً أساسياً . فالولد ليس مجرد مُصغر للراشد ، لأنه في أوج نموه يتعين أن نطرح صيغاً توفر إمكانات مدرسية ملائمة ، لأن الولد يتعلق تقريباً ببيئته العائلية لوحدها ، لذا تعطى الافضلية للمعالجات في المنزل أو إذا اقتضى الأمر وضع الولد في بيوت للتغذية .

وعلى سبيل الذكر ، نذكر إنجازاً مهماً جداً يتعلق بمقاطعة جنيف في سويسرا ، فالأمر يعود إلى الدائرة الطبية التربوية الشاملة والمنظمة تماماً التي تشتمل على قطاعات ثلاثة : قطاع التقصي عن المرض الذي يتضمن تسهيلات للمعالجة الدوارة ، وقطاع التربية المتخصصة الذي ينقسم إلى صفوف خاصة مرتبطة بالمدارس ، وإلى مؤسسات لكل منها اختصاص معين ، وإلى قطاع ابحاث وتعليم لإعداد وتكامل الهيئة الطبية والهيئات التي إلى جانبها .

أما بالنسبة للمسنين الذين لا يكف عددهم عن الأزدياد بسبب تزايد طول العمر ، فإنهم يتطلبون أيضاً خدمات غب الطلب ، وغالباً ما

تتضمن الأعراض الطبية النفسية المزمنة المرشحة للظهور عناصر عضوية فتتبدل كثيراً ، ولسنوات طويلة خلت كان المرجع الوحيد لهؤلاء مستشفى الطب النفسي . أما اليوم فعلى ضوء مبادىء المساعدة الحديثة ، يمكن لهيئات مختلفة ان توضع في مكان يؤهل المريض من تلقي عناية أفضل تكيفاً . أما الخدمات المتعلقة بأبحاث أمراض الشيخوخة والتي تنتشر في المستشفيات فإنها تهدىء الأعراض المبرحة . وفي هذه الأثناء يجب ان يعالج المريض قدر الإمكان في بيته أو في بيتٍ ما ، وهناك مراكز سكنية معدّة خصيصاً لإقامة الأشخاص المعمرين . ولا يشار بالاستشفاء إلا عندما يصبح من الضروري إجراء مراقبة طبية ثابتة .

وإحدى أصعب المشكلات التي تطرح على المهتم بالعناية الصحية هي مشكلة الأمراض المزمنة . فقد مال عدد هذه المشاكل إلى التناقص منذ أن وجدت معالجات أكثر فعالية ، وخصوصاً منذ ان تبدلت المستشفى التقليدية . ومع ذلك فإن هذه المشكلة تبقى مهمة .

وبالطبع يستطيع كثير من هؤلاء المرضى ان يتكيفوا بشكل مرضٍ مع بيئة غير استشفائية . فهذه حالة المصابين بانفصام مستقر في الشخصية حتى لا نذكر مثلاً آخر . وفي أية حالٍ فإن كلمة مزمن يجب ألاّ تثير تشخيصاً غير مشجع قطعياً . فهناك مرضى تحسنوا في وقت لم يكن ينتظر شفاؤهم أبداً . وإذا حدث لشخص عدم استفادة من علاج مكثف فيجب أن لا يجرنا هذا إلى قطع المعالجات .

وقد جربت صيغ شتى في هذا الصدد فالبعض منها ليس جديداً في الحقيقة كالاقامة العائلية مثلاً . يستقبل المريض في بيت ريفي في الغالب وتؤمن له رعاية طبية اجتماعية من قبل مركز استشفائي . وتوجد في فرنسا منذ 1891 مراكز دينسير- أورون (Dunsur Auron) (للنساء) واينـاي لوشاتو (Ainay – le château) (للرجال) . وتقوم صيغة أخرى فريدة من نوعها على تجميع المرضى في قرى ويعهد إليهم جزئياً الحكم والإدارة . ونذكر مثال قرية المزرعة (Mazraa) في إسرائيل . فهذه الحلول تعزى إما

إلى الاقامة الثابتة وإما إلى الانتقالية ، التي تمثل عندئذٍ مرحلة نحو العودة إلى التكيف .

وهناك مجال آخر يجب الا يترك الطبيب النفسي غير مبالٍ وهو مجال التأخر العقلي . فعدد الحالات يتحدد حسب البلدان بـ 3% بالمئة ويتناول نسبة مئوية أكثر ارتفاعاً بين الطلاب في العمر الدراسي . وتختلف المشكلة تبعاً لما يقصد بالمتأخرين البالغين أو الأطفال . ففي الحالة الأولى يكتفي غالباً بتبني الحلول التي تطبق على المزمنين ، أما في الحالة الثانية فيجب ان نؤمن عدداً كبيراً من الخدمات ، يكون هدف البعض منها الكشف عن المرضى وتقييم الحالات ويهدف البعض الآخر إلى إعادة التربية كالمدارس ، والصفوف المختصة ، والمشاغل المخفورة والخدمات داخل المستشفيات وخارجها والإقامات العائلية المختلفة الأنواع .. إلخ . ومن البديهي أن مؤازرة العديد من الاختصاصيين الطبيين وغير الطبيين هي ضرورية .

والخدمات التي تقدم للمدمنين على الكحول تشكل جزءاً لا يتجزأ من المساعدة الطبية النفسية . وتوفر طبيعة المشكلة بمظاهرها النفسية المرضية ومظاهرها الإجتماعية وكذلك ميل الأشخاص إلى الوقوع في نفس الإنحرافات ، مظهراً خاصاً للحلول المقترحة . ويكون من المناسب التحسب لخدمات بغية معالجة الأعراض الحادة (خدمات داخل المستشفى تسمح بإهتمامات طبية نفسية) وخدمات تسهل العودة إلى التكيف الإجتماعي ، (خدمات خارج المستشفى ، عيادات العناية المبكرة ، نوادٍ اجتماعية) ومن المهم أن نزج العائلة في عملية المعالجة وأن يؤمن استمرار العناية . وفي الحالات القصوى حين يطرأ فساد عضوي ، قد نضطر إلى فرض استشفاء مطول أو فرض إقامة .

ولكي تكون الوقاية كاملة ، يجب أن نواجه عدة أنواع من المساعدة الطبية النفسية . فالذين يقعون بالنقطة ، قد يستفيدون من وصفات تناسب مرضهم ويتطلب مدمنوا المخدرات هيئات عديدة متخصصة

ويحدث الشيء نفسه بالنسبة لجنوح الفتوة وللسلوك غير السوي الذي يقع تحت طائلة قانون العقوبات الجزائية . ولا مجال للقيام بأكثر من تعداد هذه الأنواع ، فمهما تكن الحلول يجب أن تلبي حاجة الجماعة المقصودة وأن تأخذ البيئة الإجتماعية الثقافية بعين الإعتبار .

3 ـ التآزر الوظيفي

أن لجميع الخدمات التي أتينا على ذكرها وظيفة محددة ، فهي تؤلف مجموعة من الإمكانيات العلاجية التي تسمح بتأمين متابعة العناية مع التنبه إلى طبيعة العامل النفسي المرضي وتطوره وظروفه . ولهذه الغاية ، يجب أن تنصهر هذه الخدمات في مجموعة منظمة ، وهذا يفترض تخطيطاً .

وهذا التخطيط ليس مستطاعاً إلا في بعض الظروف فيتعين بالدرجة الأولى أن تعي السلطات العامة المشكلة ، ومن ثم يجب ألا يتعارض التشريع القائم مع برنامج عام . ففي العديد من الحالات لا بد من إعادة نظر بالقانون الصحي . وأخيراً من الضروري أن يكون هناك ملاكات مهنية مهيأة علاوة على الوسائل المادية الملائمة . وهذا يفترض درجة معينة من الإنماء الإقتصادي . فالتقرير العاشر لجمعية خبراء الصحة العقلية للتنظيم العالمي للصحة يوصي حتى بتوجيه النداء إلى المختصين بالتخطيط الصناعي .

ولا يوجد صيغة جاهزة تسمح بتطبيق برنامج لهذا البلد أو تلك المنطقة دون إعداد مسبق . ومع هذا من الممكن اقتراح بعض المبادىء العامة . وهكذا نفسح المجال لأن نخلق داخل وزارات الصحة هيئة مركزية تكلف بإعداد البرامج وتوجيهها . ويتعين من ثم أن نسهل إعداد ملاك طبي وآخر يسانده ، حتى قبل وضع بنى المساعدة في موضعها .

وبديهي أن المشكلة تطرح بشكل أو بآخر ، تبعاً لما يقصد بالبلدان النامية حيث المساعدة الطبية النفسية موجودة منذ فترة طويلة أو البلدان

التي هي في طور النمو والتي يبقى عليها عمل كل شيء .

إن فهم مخطط ما، ووضعه موضع التنفيذ يفترضان معرفة عميقة بحاجات الجماعة . فمن الضروري إذاً أن نضع بتصرفنا احصائيات حياتية ومعطيات قيّمة عن علم أوبئة الأمراض العقلية وخصائصها الأساسية في محيط معين . ويجب أن نقوم أيضاً بجردة لمصادر الثروة . فانطلاقاً من هذه العناصر فقط ، يمكننا أن نجدد الأفضليات . فمن المستحيل اجمالاً تحقيق كل شيء في ذات الوقت ، وهذا ما يفرض علينا أحياناً أن نقوم باختيار صعب ويتبدل نظام هذه الأفضليات تبعاً لدرجة نمو البلد ونوعية المساعدة الطبية النفسية . ويكتفي أحياناً بتحديث وتكميل البنى القائمة ، وأحياناً يجب التخلي وقتياً عن بعض الخدمات على حساب خدمات أخرى أكثر إلحاحاً .

فكيف نحقق مآزر البرامج ؟ هناك حلان : الأول يرمي إلى أن نمدّد عمل المستشفى الطبية النفسية باللجوء إلى خدمات خارج المستشفى تخدم بذلك المنطقة المجاورة ؛ والثاني يقوم على أن نعد فرقاً طبية اجتماعية لحماية الصحة النفسية ، وأن نلقي عليها المسؤولية الكاملة لكل المشكلات الطبية النفسية لمجموعة ما . ويوضع بتصرف هذه الفرق ، من حيث المبدأ . سلسلة من التنظيمات تسمح لها بمعالجة المريض حتى إعادة انطوائه في المجتمع . وهكذا يصبح مستشفى الطب النفسي وسيلة بين الوسائل الأخرى . فمن المؤكد أن هذه الصيغة الأخيرة هي الفضلى وهي التي تهتم أكثر من سواها بالمبادىء الحديثة للمساعدة .

إن معظم الإنجازات القائمة في كل العالم تقريباً ، تتأتى عن هذا التآزر وسنكتفي بذكر بعض الكلمات عن التجربة الفرنسية . فهذه التجربة تظهر جيداً الميل إلى مثل هذا التكامل . أن برنامج التنظيم والتجهيز المتعلق بالتصدي للأمراض العقلية (تعاميم وزارة الصحة في (15آذار 1960 و27 آب 1963) يحدد طرق ارتباط نشاطات الصحة النفسية في القاطاعات الجغرافية والسكانية . فهذه التجربة مثلاً توصي بتأسيس

مراكز وقاية عقلية ، تعهد لفرق طبية اجتماعية في كل مراكز الأقضية والمدن المهمة أيضاً التي تعد أكثر من 20,000 نفس .

ويبدو الإختبار الرائد في الدائرة الثالثة عشرة في باريس كنموذج لهذا النوع من التنظيم إلى قطاعات ويتضمن الجهاز مركز استشارات للبالغين ، يتعلق به مستوصف لمعالجة المدمنين على الكحول ومركز استشارات للأولاد ، ومستشفى نهاري مع مشغل علاجي للبالغين ، ومستشفى نهاري للأولاد ، ومستشفى طبي نفسي يتسع لمئتي سرير لخدمة القطاع ، ومستوصفات ، وخدمات طبية تربوية ونوادٍ للمرضى القدامى .

والدائرة مقسمة إلى ثلاث قطاعات دنيا تحوي تقريباً 60,000 نفس وكل منها تُعهد إلى فريق طبي اجتماعي وتؤمن هذه الفرق، انطلاقاً من مركز للبالغين ومركز للأولاد ، الإستشارات ، والعناية الدّوارة (من معالجات بيولوجية ، ومعالجات نفسية ، وإعادة التربية والإسترخاء) والعناية في المنزل والعناية في الحالات الطارئة . ويأخذ الفريق ذاته على عاتقه المسؤولية الكاملة عن المريض منذ قبوله وحتى تخلية سبيله ، ويتتبعه عبر المؤسسات المختلفة لهذا القطاع .

وأن التعاون لوثيق بين مركز الصحة النفسية للبالغين ومركز الأولاد ، مما يسهل معالجة الأهل عند الإقتضاء . وأن التوجيه على سائر الأصعدة ، هو علاجي ـ نفسي وتستخدم فيه تقنيات إعادة صقل اللغة والعملية الحركية النفسية استخداماً واسعاً .

4 ـ البرامج

يتعين على برامج التجهيز فيما يتعلق بالصحة النفسية أن تكون ذات أغراض محدودة . فيجب أن تكون واقعية ، أي أن تأخذ بعين الإعتبار الإمكانيات الواقعية للبلاد ، وأن تنتشر تدريجياً ، انطلاقاً من الوسائل المتوافرة ، وتجد هذه المناهج إطاراً لها في الوقاية الثانوية والوقاية الثلاثية .

فهي تهدف من هذه الوجهة ، إلى تقليص مدة الأمراض العقلية بالمداخلات التي تعني بالمراحل المختلفة للعامل المرضي .

وتتعلق فعالية هذه البرامج ، ليس فقط بالطرائق العلاجية المستعملة ، وإنما بمجموعة من التقنيات والإجراءات الإجتماعية التي تنجم عن الوقاية العامة . فقد ولى اليوم الذي كان يكتفي فيه الطبيب النفسي بأن ينتظر مجيء المريض ليستشيره ، فعليه اليوم أن يذهب ليفتش عن المريض هو . وتساعده بنيات المساعدة الطبية النفسية الحديثة على الإضطلاع بهذه المسؤولية الجديدة . فقد أصبح الطب النفسي اجتماعياً وهو يتغلغل في المجموعة .

ويتحقق الوقاء الثانوي بفضل المعاينة الباكرة والمعالجة السريعة الملائمة ، وللأسف لا تزال المعاينة في حالة الطب النفسي الراهنة معقدة نوعاً ما . فهي تتطلب فحصاً عيادياً دقيقاً . وهي تفترض معرفة عميقة بمحيط المريض ، وكل هذا يتطلب وقتاً طويلاً . وإذا كانت الروائز النفسية تقدم مساعدة قيمة ، فإنها لا تحل أبداً محل الإستشارة الطبية النفسية . فهل المقصود أنه ليس من أمل بتحسين تقنيات المعاينة ؟ بما أن هذه التقنيات مرتبطة بالطبيب النفسي وترتكز على الطريقة الكلاسيكية للمقابلة ، ففي هذا المعنى يجب أن نحاول التأثير على هذين العاملين . ومن الممكن أن نغني إعداد الطبيب النفسي بأن نلفت انتباهه أكثر إلى المظاهر الإجتماعية للأمراض العقلية . فهناك مجال أوسع لأن نشرك الفريق الطبي الإجتماعي بكامله في تحديد المعاينة .

أما بالنسبة للمعالجة فإنها مرتبطة بالبنى القائمة داخل المستشفيات وخارجها ، وبالطرائق العلاجية المألوفة . وتبقى هذه المعالجة في معظم الحالات تجريبية . فيفرض إذاً اختيار من الإختيارات ، وتعلق الأهمية في إطار برنامج الوقاية على الإقتصاد في الوسائل لقاء الفعالية المناسبة . وتخلق المعالجات البيولوجية قليلاً من المصاعب . وبالرغم من بعض التعارض في الرأي فإن تعليمات هذه المعالجات البيولوجية محددة بوضوح

تام . وبالمقابل ، فالمعالجات النفسية مرتبطة أكثر بكثير بالتقسيم الفردي والمفاهيم المذهبية . ومن المناسب اختيار الطرائق السريعة ، والمعالجات النفسية التي لها طابع الدعم ، أو المعالجات النفسية ذات المنطلق التحليلي . وعلى الصعيد العملي ، فالنتائج هي التي يجب أن توجهنا .

ومن البديهي أن المعاينة لا تكون مبكرة ونافعة إلا إذا وضع المريض على صلة بدوائر الخدمات الطبية النفسية منذ بداية مرضه . وعلى برنامج الوقاية أن يقدم إذن تسهيلات بهذا المعنى . والأمر بسيط . فعلينا ، انطلاقاً من البنى ، القائمة مع الإنتباه إلى طاقة الإستيعاب لدى هذه الدوائر ، أن نشجع الإستشارات وننظم التقصي المنهجي عن المرض . ويحال المريض النفسي في العادة (إلى طبيب نفسي) بواسطة طبيبه ، أو الدائرة الإستشفائية ، أعائلته أو أصدقائه أو مخدومه . وقد يكون مرسلاً أيضاً من قبل هيئة اجتماعية أو إدارة ، فهناك فائدة في أن نُعلم مختلف هذه المجموعات عن إشارات بداية العوارض المرضية . تلك مسألة تربية صحية في ميدان الصحة النفسية .

والأمر ليس سهلاً بالنسبة للكشف عن المرض ، فلا يوجد رائز أو امتحان مشابه لتلك الروائز التي تستخدم في حملات الوقاية من السل . فيجب أن نعود بشكل شبه دائم إلى تقنية المقابلة فهي قد تكون أحد الأسباب التي بسببها في معظم الأحيان ، ينحصر الكشف عن المرض بمجموعات خاصة (كالمدرسة) أو يحدث بمناسبة انتقاء موظفين (للجيش أو المعمل) . وفي الحالة الراهنة ، بحسب معلوماتنا ، يجب الإعتراف بأن لهذا الكشف عن المرض دور محدود .

وبما أن الوقاية الثلاثية تتوجه إلى التقليل من عواقب المرض. فهي تتعلق تعلقاً دقيقاً بالخدمات التي تسبق العناية وبمختلف الصيغ التي تسمح بإعادة التربية ، كإعادة التكيف مثلاً . وتبدأ الوقاية حال تعهد المريض. وعلى المعالجة أن ترتكز حول إعادة الإنضواء الإجتماعي وإلا فإنها تفقد معناها كلياً . وتتم هذه الوقاية ، على أفضل وجه ، عندما يتبع

ذات الفريق المعالج المريض طيلة مرضه . ونكرر ، أن هذا ليس مستطاعاً إلا بفضل ترابط البنيات داخل برنامج المساعدة الطبية النفسية .

ويرد برنامج الوقاية الثلاثية إلى قواعد ثلاث تدعم المبادىء العلاجية : تجنب قطع العلاقة مع المحيط المجاورة ، تكييف المريض للعودة إلى بيئته ، وإعداد هذه البيئة لإستقباله . فلا يكفي أن تقدم البنيات مساعدة في ذلك ، فعلى الفريق الطبي الإجتماعي أن ينفخ الحياة في هذه البنيات ، ويفترض تجنب قطع العلاقة استشفاء قصيراً ومعالجة في البيئة عندما يستطاع ذلك ، واللجوء إلى خدمات خارج المستشفى ، والعلاقة العادية المعقودة مباشرة مع المحيط ، وقدرة المريض على الإستفادة ، وهو تحت المراقبة ، من تخلية سبيل تجريبية واسهام العائلة في مراحل المعالجة . ويتعين على الطبيب النفسي ومساعديه أن يضعوا في ذهنهم دائماً واقعاً هو أنهم لا يعتنون بمريض منعزل ، عنده هذا القدر من المرض النفسي ، وإنما بمريض موجود في وضع معين له امتداداته بين الأشخاص وجوازمه الإجتماعية .

وسيكون من السهولة بمكان إنجاح إعادة الإنضواء الإجتماعي ، حتى أن المريض سيجر تدريجياً إلى ذلك . فالإستخدام النفسي لإمكانيات إعادة التكيف ، والمقدار الحكيم لمختلف الصيغ يساعد على تجنب الركود والإسراع في العودة ، إلى الحياة العادية ، وهذا ضروري خاصة عندما يتذكر المرء نزعة الأمراض النفسية للإنتقال إلى مرحلة الإزمان ، وهذه المرحلة هي من وجهات نظر عدة ، الأهم منذ تعهد المريض . فهي تفترض بالطبع أن تكون البيئة مهيأة لإستقبال المريض ، وإذا كان المحيط المباشر قد علم بالأمر منذ بداية العارض ، وإذا كان قد أوصل إلى الإضطلاع بمسؤولياته ، فإن هذه التهيئة ستتحقق دون أية صعوبة تذكر .

الفصل السابع

الوقاية الأولية

رأينا أن الوقاية الأولية ، في مفهومها الدقيق ، لا تستعمل كثيراً في الطب النفسي . وهذا لا يعني أنها لا تطبق إلا في الأعراض المزمنة ذات الأسباب المعروفة . فمعظم الأمراض النفسية والعوارض ذات الأصل الإنفعالي تتأتى عن عوامل عديدة يمكن التأثير عليها ، حتى ولو لم يعرف لها سبب وحيد وواضح .

وهناك مجال لأن نتساءل عن معنى هذا النوع من الوقاية ، وأن نحاول استجلاء حدودها . فلا نستطيع ، إلا بعد ذلك ، أن نرى كيف تتحقق هذه الوقاية عبر أية بنيات وبمساعدة أية برامج . لذا يجب أن نتناول هذه الدراسة بذهن ناقد . فنشاطات الصحة النفسية ، غالباً ما تثير بالفعل حماساً مفرطاً . فهي تعرض طوعاً كدواء شافٍ لكل الأمراض ، تحرك العديد من أصحاب النوايا الطيبة الذين ليسوا دائماً على اطلاعٍ كافٍ ، وهنا يبدو أن تقييماً واقعياً بدأ يفرض نفسه .

1 ـ معنى الوقاية وحدودها

لقد أبرزت دراستنا للشخصية وللعوامل التي تؤثر في تكوينها حدثاً مهماً . فلكي ينمو الكائن البشري ويبقى على مستوى مرضٍ من الصحة النفسية ، عليه أن يعش ضمن مجموعة من الشروط الملائمة . فعلى ضوء آخر تحليل ، تطابق هذه الشروط عدداً مماثلاً من الحاجات الأساسية .

وهذه الحاجات هي بادىء ذي بدء حاجات مادية ، تتعلق بالبيئة الفيزيائية ، وهي من ثم حاجات نفسية واجتماعية ـ ثقافية . وعلى علاقة بالبيئة البشرية ، وخصوصاً مع العائلة وأدوار الحياة الإجتماعية المختلفة .

وقد يخطر بالبال أنه إذا صدت هذه الحاجات ، فإن الشخصية تجد نفسها في أدنى حالات المقاومة . وقد تتعرض لظهور إشارات من التوتر ، يرجح أن تؤدي إلى عوارض نفسية مرضية .

وذلك انطلاقاً من عتبة معينة تتأثر بقوة الأنا والتساهل أزاء المكبوتات . وهذا القول يعكس كل العمل الوقائي ، فينتج عن ذلك أن حماية الصحة النفسية تفترض اشباع الحاجات الأساسية . كما ينتج أيضاً أن الوسيلة الفضلى ، إن لم تكن الوحيدة ، لإعاقة ظهور العوارض النفسية المرضية هي البحث في التأثير على الأوضاع المرضية بشكل مناسب .

وتدخل في هذا الإطار كل الإجراءات التي تُسهم في ذلك بدرجات متفاوتة . وهناك فائدة في أن نميز الإجراءات العامة ذات التأثيرات غير المباشرة ، والإجراءات الأكثر تخصصاً التي تعطي لذاتها هدفاً أساسياً ، إن لم يكن وحيداً ، هو حماية الصحة العقلية . فالإجراءات الأولى تتجسد في المؤسسات الإجتماعية وتصدر عن الجهاز التشريعي ، والثانية ترتكز على بنيات المساعدة وتتفق في معظم الأوقات مع خدمات المساعدة أو الإستشارات .

وتفتح الأسس العلمية للوقاية الأولية باباً للنقاش ، فيستحيل ربما أن نبرهن أن تدخلاً معيناً يمنع ظهور العصاب النفسي ، فتعدد الأسباب الممكنة ، وعدم معرفة تأثيراتها الواقعية ، وصعوبة الأبحاث المعمقة تجعل نصيب الفرضية كبيراً ، وهذه الملاحظة لا تفي لدحض نشاطات الصحة العقلية ، فهي بالكاد ترسم حدوداً لها .

ويبدو من المتفق عليه ، أن بعض المواقف ، ذات الطابع العائلي أو الإجتماعي يصحبها انعكاس أكبر من الأعراض النفسية المرضية . ونحن نعرف مثلاً أن الأولاد المحرومين من العاطفة والعناية ينمون أقل من سواهم ، ويتعرضون فيما بعد ، بنسبة أكبر ، لصعوبات في التكيف عندما لا يكون الأمر مرضاً نفسياً حقيقياً . فالمنطق بالذات يأمرنا بأن نتدخل . ولكن ارتباطاً من هذا النوع لا يسمح لنا بأن نتوصل إلى علاقة . سبب بأثر ، وهناك مثل آخر أكثر تعقيداً هو مثل الجنوح الطفولي . فنحن نجهل لماذا يصدر عن ذلك المراهق ذلك التصرف . ولكننا نعلم أن عوامل عديدة اجتماعية ـ ثقافية تتدخل في الأمر . ويمكننا أن نكتشف عند الشخص ، إما مصاعب بسيطة في عدم التكيف ، وإما عناصر مرضية . ألا يكفي هذا لتبني اجراءات قد تؤدي إلى النتائج المرجوة ؟

يبدو إذن أن العمل الوقائي له ما يبرره . وبدون شك ليس بإمكاننا التأثير على الأسباب الحقيقية للعوارض النفسية المرضية ، وتبدو معلوماتنا ، بالمقابل ، واسعة بما فيه الكفاية لتعطي كل معناها لإجراءات تمهيدية عملية . ولقد أشار كتّاب عديدون إلى أن الوقاية النفسية تجد نفسها تقريباً في النقطة التي كانت عليها الوقاية العامة في نهاية القرن الماضي . ففي ذلك الوقت ، كان العلم بأمر الأمراض مجهولاً بالنسبة لعدد كبير من الأمراض المعدية ، وكان يتم التوصل ، بالرغم من كل ذلك ، إلى استباق حدوثها بفضل قواعد للصحة ناتجة عن مفاهيم غامضة تماماً عن طرق نقل الجرثومة ومصادر العدوى .

وتسبق المعرفة التجريبية عادة المعرفة العلمية . وتاريخ الطب مليء بالأمثلة التي تبرهن كيف ظهرت الإرشادات الوقائية ، انطلاقاً من ملاحظات عرضية ، وأن هذه الإرشادات لم تبرر صحتها العلمية إلا بعد ذلك بوقت طويل . ويكفي أن نفكر بالتاريخ الكلاسيكي للجراح الإنكليزي سنو (snow) الذي نزع مقبض مضخة بئر ، كان يزود بالماء

حياً كاملاً من أحياء لندن ، بغية التصدي لوباء الكوليرا ، ولم يكن يعرف هذا إلا علم الكشف عن الأمراض ، ولا علم انتشار وبائها ، ولكنه نجح في التعرف إلى الظروف التي كانت قائمة عند ظهور المرض .

2 ـ الإجراءات العامة

أن الإجراءات العامة التي تثيرها الوقاية الأولية تفترض مجتمعاً واعياً لمسؤولياته ، ومركزاً على القيم الإنسانية ، ومتطوراً كفاية على الصعيد الإقتصادي وكذلك على الصعيد الثقافي . لأن هذه الإجراءات ترتبط بكل التنظيم الإجتماعي لبلد من البلدان ، وهي تتجاوز كثيراً نطاق الطب النفسي ، وتبنى على معارف صادرة عن الأنظمة الأكثر تنوعاً . وهي تستنجد بكل المهن التي موضوعها الإنسان ، وتعبر عن ذاتها بنشاطات تهدف بالمختصر إلى تحسين النظام الإجتماعي .

أما فيما خص الحاجات المادية ، فنحن نعلم أن الحد الأدنى منها ضروري . يضاف إليها كل ما يؤدي إلى تحسن في مستوى حياة الجماعة . فالتصدي للعوز ، وتحسين السكن ، وإعادة النظر في رفع أجور العمل ، تشكل العديد من الأمثلة . وكل ما يسهم في رفع مستوى الصحة أيضاً ، من تحسين الوقاية العامة ، والتغذية ، والتنظيم الصحي ، وحملات الكشف عن الأمراض ، والإحتياط للحوادث من أية طبيعة كانت .

ويجد قسم مهم من الحاجات الإنفعالية مادة له في البيئة العائلية . ولهذا ، ليس من تشريعات صالحة إلا تلك التي تعزز العائلة وتحفظ وحدتها . فالإعانات العائلية لا تكفي ،ويتيسر المجال لكي نتحسب لمجموعة اجراءات غالباً ما تتبع بعمل الهيئات الخاصة المعدة لدعم التوازن العائلي في حالة المصاعب : كشغل الأم ، أو غياب طويل ، أو استشفاء ، أو وفاة أحد الوالدين ، أو عدم كفاية اقتصادية ونفسية في البيئة ، والهجر أو الخلاف مثلاً . ففي المجتمع المنظم جيداً تحتل العائلة

مكاناً طليعاً . ويندمج الولد بشكل طبيعي في مختلف البنيات . فهو لا يحيا فقط لأنه سيصبح بالغاً . فحقوقه معتبرة ومعترف بها ، وهي مبنية على ذات القوانين التي تنظم تكوين شخصيته .

فمن هذه الوجهة ، يكتسب التشريع المتعلق بالطلاق أهمية بالغة ففي أية ظروف يمنع الطلاق ؟ وماذا يحل بالأولاد ؟ واستناداً إلى أية معايير يعهد برعايتهم لهذا أو لذاك من الزوجين ؟ وما هي الإحتياطات المتخذة لتجنب العواقب الوخيمة للصحة النفسية؟ فالإجابات على هذه الأسئلة تتعلق تعلقاً واضحاً بالوقاية الأولية . ويصح القول ذاته عندما يصبح ضرورياً إبعاد ولد من الأولاد عن عائلته لإستلام وظيفة مثلاً . ولنذكر أيضاً التبني الذي يجب أن تعكس مظاهره الإدارية المعطيات النفسية الأكثر حداثة .

بعد العائلة تأتي المدرسة التي ، بالإضافة إلى دورها المزدوج ، في نقل المعلومات والإعداد ، تمثل ليس فقط أفضل ناقل للتربية الصحية ، وإنما أيضاً الوسط الذي تبنى فيه الشخصية عبر عامل التكيف الإجتماعي . فلهذه الأسباب يدعي النظام التربوي للعب دور جوهري في الوقاية الأولية . وكل ما يمس ذلك من مبادىء أساسية وتنظيم وارتباط ، وإعداد المعلمين ، من ضمن عوامل أخرى ، يجب أن يستوحي مبادىء الصحة النفسية .

وتعقب سنوات الإعداد فترة النضج ، وهي الفترة التي يضطلع فيها البالغ بأدواره الرئيسية . فعلى المجتمع ، بمؤسساته وتنظيمه الداخلي ، أن يشجع الإنخراط في العمل ، أي العمل القيم المبني على الحاجات الواقعية للشخصية . وعليه أن يوفر امكانيات التعبير والتفتح المعقولة . ومن البديهي : أن لهذا الوصف بعض السمات الطوباوية ، وليس أقل بداهة من أن حماية الصحة النفسية تتطلب محاولة للإقتراب من هذه السمات قدر الإمكان .

وتلجأ الشيخوخة بمشلاكتها الخاصة إلى العديد من الإجراءات

الإحتياطية ، فالوضع في الإنفراد مثلاً غالباً ما تتبعه نتائج وخيمة على صعيد الصحة النفسية .

وفي هذا المجال لا تهتم بعض التشريعات مطلقاً بالأمور البشرية . وعلى منظمة الإستخدام أن يكون بمقدورها السماح لعدد من الأشخاص المعمرين بمتابعة الإهتمام من أجل مصلحتهم العليا ومصلحة الجماعة . فالعزلة التي تلحق بالعديد من المسنين ، خصوصاً في أوساط المجتمعات الحديثة المدنية ذات التأثير المرضي المعروف ، يمكن أن تبررها هي أيضاً ، الوقاية الأولية . ومن الممكن أن نموه هذه الوقاية الأولية بعدة أشكال : بصيغ اسكان خاصة ، بمعونات كافية ، بنشاطات ثانوية ، وكذلك بتنظيم أوقات الفراغ .

وتجد الوقاية الأولية أيضاً ميدان عمل لها في المواقف الإجتماعية غير الإعتيادية التي تتضمن أخطاراً على الصحة النفسية . وخلافاً للأزمات الحياتية التي تتطلّب مساعدة على الصعيد الفردي ، فهي تستدعي في معظم الأحيان إجراءات عامة وتسبّب الكوارث والحوادث والنزاعات الإجتماعية عند العديد من الأشخاص توترات وظواهر عدم تكيف . وهكذا القول عن الظروف غير المشجعة التي تتعرّض لها بعض فئات من الأقلية داخل مجموعة من المجموعات ، فالهجرة الداخلية ، وتنقلات السكان تنطوي على مخاطر . وفي العديد من الحالات ، يمكن أن تحور هذه المواقف ، فالمهم اذن معرفتها في حينها ووضع الترتيبات التي يجب فرضها .

3 ـ الهيئات المختلفة

تنعم الوقاية الأولية بثلاثة أنواع من المقوّمات : التجهيز الطبي النفسي ، الخدمات الإجتماعية وبعض الهيئات المختصة . وسنشير إشارة سريعة إلى دور الخدمات الطبية النفسية وأيضاً إلى تلك الخدمات التي تتعلّق بالتجهيز الإجتماعي لبلد ما ، لنصف فيما بعد بعض الصيغ الأكثر تخصصاً بالموضوع .

إن الهيئات المختلفة للمساعدة الطبية النفسية تهتم تماماً ، وبشكل مدهش ، بنشاطات الوقاية الأولية . وهذه الوقاية توافق إذن الوقاية الثانوية والثلاثية . فإنشاء دوائر الخدمات في الجماعة وتكوين ملاكها المتعدد المذاهب يجعل تربية المجموعة ، وكذلك التدخلات الوقائية ، أكثر سهولة ، فبمناسبة استشفاء فرد من أفراد العائلة أو أثناء استشارة ما ، غالباً ما يتمكن الفريق الطبي الإجتماعي من الكشف عن الأوضاع الحرجة ، اما بالنسبة للخدمات الإجتماعية ، فإن دورها من ناحية حماية وترقي الصحة النفسية ، وإن كان غير مباشر ، فهو لا يقل أهمية عنها . وبالفعل فإن هذه الخدمات تؤلف شبكة هامة متطورة إلى حدٍ ما تبعاً للبلدان . ففي فرنسا مثلاً تتناول الخدمات الإجتماعية كل مظاهر الحياة الوطنية . فهي تدخل بعمق في الجماعة ، كما يدلّ على ذلك تعداد بسيط لمجالات نشاطها الرئيسية ، من حماية للأمومة والطفولة ، والوقاية الإجتماعية ، والحماية الصحية ، والصحة المدرسية والجامعية ، والطفولة غير المتكيفة ، والجنوح ، وأولاد الشهداء الذين تهتم بهم الدولة ، وبعض الفئات الخاصة من الأشخاص ، كالنازحين والعمال الأجانب ، والمعتقلين ، الخ . . يضاف إلى ذلك الخدمات الإجتماعية للمجموعات العامة في نظام الأمن الإجتماعي ، وشركات التأمين المهنية وكذلك المبادرات الخاصة ، دون أن نتكلم عن العديد من الجمعيات الخاصة أو الأعمال المعتبرة ذات منفعة عامة والتي تكرّس نفسها للمساعدة بجميع أشكالها .

إن الخدمات الإستشارية تمثل وسيلة عمل وقائي أكثر تخصصاً فهي ترتكز على مسلمة ترى أنه من المستطاع التأثير على بعض المواقف الخطرة على الصحة النفسية ، إما بتحوير الظروف بواسطة تدخل إجتماعي ، وإما بتقوية عوامل الدفاع عند الشخص ، أو بتعليمه كيفية مواجهة مصاعبه . فليس المقصود إذن علاجاً نفسياً بالمعنى الصحيح ، فإن التدخلات تدل بالأحرى على تقنيات تربوية أو ما يسمى بالإستشارة (Counselling) ويتم العمل بشكل أفضل بواسطة حلقات نقاش .

وتهدف معظم هذه الهيئات إلى صون وحدة العائلة ، وتدارك تفككها . والإختبار المتراكم منذ عدة سنوات يبرر ، كما يبدو ، وجود هذه الهيئات . فمن بينها نذكر باديء ذي بدء ، هيئات التهيئة للزواج ، ومراكز الإستشارة للمتزوجين . فكثرة الخلافات بين الأزواج ، ونسبة الهجر أو الطلاق ، ونتائجها المشؤومة في الغالب على الأولاد ، تحمل لهم أعظم النفع . فالشباب هم عادة حائرون وقلقون عند انخراطهم في الحياة الزوجية ، فقد تسمح لهم مساعدة نيّرة بأن يعوا أنفسهم ، والأحداث التي تنتظرهم تتبعها في الغالب نتائج مشجعة . فالزوجان يتعرضان بنفسيهما لمصاعب ، أو يجتازان أزمات قد لا يتوصلان دائماً إلى السيطرة عليها لوحدهما . وهنا أيضاً يفرض التدخل بغية تجنب عدم الرجوع إلى التوتر .

وهناك صيغ أخرى تهدف إلى مساعدة الأهل في عملهم التربوي ، فبفضل اللقاءات المنظمة ينتهز هؤلاء الفرصة لمناقشة مشاكلهم المشتركة ، وللإطلاع على المبادىء الأساسية في التربية . ومن الصعب أن نتصور إلى أي حد يرى أزواج هذا العصر أنفسهم عزّلاً أما مسؤولياتهم العائلية . فيكفي أن نحضر إجتماع مدرسة للأهل ، مثلاً ، لنأخذ علماً بذلك ، ولنتبيّن القيمة البالغة لهذا النوع من النشاط .

وأخيراً ، هناك صيغة أخرى ، طريفة نوعاً ما ، تعرف انتشاراً كبيراً خصوصاً في أميركا وتهدف إلى المساعدة في الكشف عن إشارات التوتر عند الأشخاص الأسوياء في الظاهر وتهدئتهم في الفترة الحرجة فيأتي الزبائن من تلقاء أنفسهم أو يُرسلون من قبل الدوائر العديدة . ويطلب منهم أثناء المقابلة التحدث عن نشاطاتهم وعلاقاتهم مع الأشخاص الآخرين ، وعن عائلتهم وأزواجهم وعملهم ، وبالمختصر عن كل ما له صلة بوجودهم ، ويكون هكذا من المستطاع تقييم شخصيتهم بطريقة سطحية ، ولكنها كافية أحياناً لتقديم نصائح ذات جدوى .

4 ـ التربية الصحية

على الوقاية الأولية ، لكي تؤدي دورها ، أن تحدث تغيرات في المجتمع وعند الأفراد . فالتغيرات الإجتماعية هي نتيجة أحكام تشريعية ، أو بشكل مصغر ، هي التأثير على المحيط بغية إحداث تغيير على المواقف الخطرة على الصحة النفسية . فالتغيرات الإجتماعية يُقابلها تحوّلات في المواقف وخصوصاً في السلوك .

ويبنى العمل الوقائي على التربية عبر المؤسسات ، ومن خلال الهيئات . فهو يعني إذن أكثر من مجرد نقل للمعلومات .

وتدخل تربية الصحة النفسية في إطار التربية الصحية . فهي تشترك معها في تقنيات عائلة . بعضها يرتكز على وسائل إعلام جماهيرية ، والبعض الآخر على طرائق المجموعات . وهي تتوجه إلى الجميع ، إلى الأصحاء وإلى المرضى وعلى الأخص إلى بعض البيئات المختصة التي تلعب دوراً هاماً في الجماعة . وتشمل وسائل اعلام الجماهير المنشورات والصحافة والفيلم والمذياع والتلفزيون . وليس من الجائز أن نجعل من هذه الوسائل مجرد دراسة سطحية .

وسنكتفي إذن بأن نلفت الإنتباه إلى هاتين النقطتين . النقطة الأولى هي أن التربية الصحية ، وعلى الأخص التربية النفسية قد تسبّب إثارة للقلق . فمن الأجدر إذن أن يكون المرء حذراً للغاية ، وألا يلجأ إلى الوسائل المختلفة إلاّ بدراية ، وفي مجال معيّن . والنقطة الثانية هي أنه ليس من المؤكد أبداً أن هذه الطرائق تعطي نتائج قيّمة ، فهي على الأقل في استعمالها المألوف لا تساعد كثيراً في تخطّي المستوى الإعلامي . لذا يجب الإحتراس من المبالغة في تقدير أهميتها .

ونادراً ما تُقنع الأفكار بدون مساهمة إنفعالية . فهي تولد تلاحماً في الظاهر ، ولكنها لا تبدل كثيراً في السلوك ، لذلك يجب تفضيل التقنيات الشخصية جداً . كنقاش الحلقات مثلاً ، فالحلقة بديناميكيتها

الخاصة ، تسهل استرجاع الوعي للمشاكل فتؤثر بدرجات متفاوتة على تصرّف أعضائها وتحدث في الغالب التغيّرات المنشودة . والعلاقة داخل الجماعة هي أيضاً أكثر فعالية من العلاقة الفردية . فليس من المصادفة إذن أن تلجأ إلى مثل هذه الصلة معظم الهيئات المهتمة بالعمل الوقائي .

فما هي أهداف التربية في الصحة النفسية ؟ إذا كان المقصود بذلك كافة الناس ، فإن نشر التعليمات حول بعض مظاهر علم نفس الأسوياء وعلم النفس المرضي في إطار كالإعلام مثلاً ، له قيمة تربوية بكل معنى الكلمة . وهذا ما يفرض انتقاءاً صعباً في غالب الأحيان ، فيجب أن نقتصر على الوقائع المرسومة بدقة والتي تنسجم مع التعميم العلمي . وعلينا أن نتجنب اللجوء إلى النظريات الكثيرة التعقيد وألا نسيء استعمال المفردات التقنية .

ويستحق العديد من المفاهيم أن يُعرض ، فالمواضيع لا تنقصنا : معنى الإنفعالات ، تكوين الشخصية ، دراسة العوامل التي تؤثر عليها ، العلاقات بين الأشخاص ، إمكانيات المعالجة ، تنظيم المساعدة الطبية النفسية ، هذا لكي لا نذكر إلاّ بعض الأمثلة . وهناك فائدة أيضاً في الحديث عن الأحكام المسبقة من أي نوع كانت وعن بعض المشكلات الخاصة ، كالإدمان على الكحول والتعوّد على المخدرات والجنوح .

وما يهمنا هو الروح التي تواجَه بها هذه القضايا الحساسة أحياناً . وهذا العرض يجب أن يدعو إلى الإطمئنان . وهذا يستدعي وجود أهداف محددة تحديداً واضحاً . وإن إعلاماً ملائماً وعلى دفعات متناسبة ، قد يساعد الناس على فهم لأنفسهم فهماً أفضل وعلى فهم الآخرين . ويوفر هذا الإعلام العناصر الضرورية لضبط الظواهر النفسية التي ظلّت سحرية حتى هذا الوقت . وينقّي شبكة العلاقات الإجتماعية ، ويؤدي إلى إعادة توجيه وتقييم أصوب لتقنيات الطب النفسي .

أما في البيئات المختصة ، فلا يكفي نشر مفاهيم مختصرة جداً . فلدينا مجال لأن نتحسب لإعداد حقيقي واسع نوعاً ما . وبالفعل فإن هذه

البيئات مدعوّة للإسهام في التربية الصحية للجماعة . وهذا مطلوب من الهيئة الطبية ، وإكليروس كل الطوائف ، وكذلك الهيئة التعليمية . فهذه المجموعات تشغل مركزاً مرموقاً في المجتمع وأثرها يطال عدداً كبيراً من الأفراد .

فالطبيب يرى مرضاه في معظم الأوقات في ظروف حرجة بل دراماتيكية ، فكل تدخل من تدخلاته مناسبة للتربية الصحية ، ولوقاية الصحة النفسية عند الإقتضاء . والكاهن والواعظ يتغلغلان بعمق في حياة طوائفهما . فغالباً ما يُهرع إليهما في أوقات الأزمات : في المآتم والمآسي والمصاعب . فهذه دائماً ظروف مناسبة للعمل الوقائي . أما بالنسبة للمعلم ، فإن أثره موقوف على فترات حاسمة في الحياة : في الطفولة والمراهقة . وربما أنه يتحمّل ، دون أن يدري ذلك بوضوح ، أضخم المسؤوليات على صعيد الصحة النفسية .

الفصل الثامن

حركة الصحة النفسية

أصبح بإمكاننا منذ خمسين سنة ونيّف أن نتحدث عن حركة للصحة النفسية . فقد حدثت أثناء هذه الفترة القصيرة نسبياً معظم التغيّرات التي ذكرناها سابقاً ، وتكوّن شيئاً فشيئاً هيكل مذهب حقيقي لهذه الحركة . واكتسبت الوقاية النفسية اليوم وجوداً خاصاً . فهي لا تختلط بـالطب النفسي ، لكنها تشترك مع عدة علوم أخرى وتندرج في الإطار الواسع لعلم الوقاية العامة .

وإذا كانت حركة الصحة النفسية مسؤولة جزئياً عن هذا التطور فإن عوامل أخرى لعبت دوراً وتركت تأثيرات عديدة . يبقى أن أهمية هذه الحركة تستحق أن نتوقف عندها . وسنتكلم إذن ، بعد لمحة تاريخية ، عن مظاهرها القومية والدولية لكي نتساءل فيها بعد عن مستقبلها .

1 ـ لمحة تاريخية

ترجع حركة الصحة النفسية إلى جمعية الوقاية النفسية التي تأسست عام 1908 في ولاية كوناكتيكت في الولايات المتحدة الأميركية . وتعود المبادرة في ذلك إلى كليفورد ونتغهام بيرز الذي كان عمره حينئذ 32 سنة . ففي ذلك العام نشر بيرز الكتاب الذي كان سبب شهرته : «العقل الذي وجد نفسه» «A mind that found it self»[1] . ففي هذا الكتاب الذي

(1) ترجم إلى الفرنسية بعنوان : (Raison perdu. Raison retrouvée) .

عرف طبعات عديدة جداً ، والذي نشر في عـدة لغات ، يـروى بيرز تجربته كمريض عقلي . فهو قد أمضى بالفعل عدة سنوات في مستشفى للأمراض النفسية وخرج منها بالطبع مروّعاً مما رأى وما تعرّض له .

لقد كان هدف هذه الجمعية تنبيه الرأي العام إلى مشكلة الأمراض النفسية وتحسين مصير التعساء الذين تعرّضوا لها وهو مصير لا يحسد أحد عليه . فقد كان المرضى يزحمون في مستشفى للمجانين لها شكل سجون القرون الوسطى وكانوا غالباً يعاملون بقساوة وبالطبع لم يكن لديهم كبير أمل في الشفاء .

وانتشرت في الولايات المتحدة ذاتها جمعيات أخرى ، وفيها بعد تكوّنت لجنة قومية لوقاية الصحة النفسية تعرف اليوم باسم الرابطة القوميـة للصحة النفسية ، وفي الـوقت نفسه قـامت رابطات مشـابهة في بلدان أخرى وكانت فنلندا البلد الثاني الذي أنشأ جمعية قومية سنة 1917 ، ومن ثم كندا في السنة التي تلت . وفي سنة 1920 تأسست في فرنسا عصبـة الوقاية النفسية على يد إدوار تولوز .

ويبدو أن بيرز صمّم منذ البداية لفكرة حركة واسعـة تشمل العـالم بأسره . فقد أنشأ منذ 1919 اللجنة العالمية للوقاية النفسية . وسافر كثيراً ما بين 1920 و1930 وأقام علاقات مع الجمعيات القائمة وشجّع إنشـاء جمعيات جديدة . وأخيراً أمكن التوصل إلى عقد المؤتمر الأول للوقـاية النفسية سنة 1930 وكان مقرّه واشنطن . وتمثّلت فيه حوالي خمسـون دولة وحضره قرابة ثلاثة آلاف مشترك .

واستمرت الحركة في الإتساع وفي سنة 1937 عقد المؤتمر العالمي الثاني في باريس ، وعقد المؤتمر الثالث في لندن سنة 1948 ، وفي هـذا المؤتمر الأخير تحوّلت اللجنة العالمية للوقاية النفسية التي لم تكن فعّالة كثيراً إلى هيئة جديدة هي الإتحاد العالمي للصحة النفسية فضمّت معظم الجمعيات القومية التي كان عددها يتزايد بالطبع تزايداً سريعاً .

وتألفت في الوقت ذاته تجمّعات إقليمية ، فتأسست في السنة 1939 اللجنة الأوروبية للوقاية النفسية . وتعرّضت هذه اللجنة إلى نكسة الحرب فعاودت نشاطها سنة 1949 ، وقد استبدل اسمها باسم العصبة الأوروبية للوقاية النفسية . وأنشئت في أميركا اللاتينية هيئة مماثلة هي الرابطة اللاتينية ـ الأميركية للوقاية النفسية . وهناك حالياً تجمّع آسيوي هو في طور التكوين .

وعلينا ألاّ نعتقد أن شيئاً ما لم يعمل لمساعدة المرضى النفسيين قبل تأسيس أول جمعية للوقاية النفسية التي كانت ستولّد هذه الحركة . ففي كل زمان كان هناك أناس مثقفون جاهدوا لكي يُعامل المرضى ككائنات إنسانية . فيكفي أن نفكّر ببينال (Pinel) في نهاية القرن الثامن عشر ، ذاك الذي ، بحسب اللوحة الشهيرة ، نزع السلاسل عن مرضى سالباتريار (Salpêtrière) في باريس .

وكان هناك عدد كبير من المنجزات ، بعضها قديم جداً ، بشّرت بصيغ المساعدة الحديثة . فهناك مخيم جيل (Gheel) العائلي في بلجيكا الذي مضى عليه قرون عديدة . وهناك جمعيات الرعاية في سالباتريار التي تعود إلى سنة 1850 والتي كان لها بحق أعمال خارج المستشفى . وهناك أيضاً في فرنسا جمعيات الإستضافة التي كانت تمارس منذ القرن الماضي إعادة التكيّف . وامتازت بعض مستشفيات الأمراض النفسية مثل يورك رتريت (York Retreat) في القرن التاسع عشر في إنكلترا بجو لا يمكن نعته إلاّ بأنه علاجي .

2 ـ المظاهر القومية

تسعى الجميعات العديدة التي انتشرت تقريباً في كل أنحاء العالم وراء أهداف متشابهة . فإلى جانب فكرة مساعدة المرضى النفسين الأولية ، وتحسين ظروف حياتهم ، أضيفت فكرة البحث عن عمل وقائي . وهذه الفكرة هي التي تسيطر اليوم على كل نشاطات الوقاية النفسية .

وليس لكل هذه الجمعيات أهمية متساوية ، فالبعض منها يهتم بشكل خاص بالتقدم الإجتماعي وبالتربية الصحية ، والبعض الآخر يقوم بخدمات شتى ، وبعضها لا يضم سوى بضعة أشخاص من أصحاب النوايا الطيبة وهم لا يقومون إلاّ بنشاطات محدودة ، وبعضها لديه موازنات ضخمة ، وكل ذلك يتعلق بمستوى رقي البلاد وظروفها المحلية . وطريقة تمويل هذه الجمعيات ذات أثر مهم . فبعضها يستفيد من مساعدات حكومية بينما يعتمد الآخر كلياً على القطاع الخاص .

فمهما كانت بنية هذه الجمعيات ، فإن معظمها تعمل على طريقة الجماعات الضاغطة . فهي تمثّل الرأي العام والإرادة المعممة كلياً على أحداث تغيّرات في هيئة المساعدة الطبية النفسية ، وغالباً ما يكون أثر هذه التغيّرات كبير جداً . ومن الجائز أن يعزى لها جزء كبير من التقدم الحديث ، وينطبق كلامنا هذا أيضاً على البلدان التي هي في طور النمو منه على البلدان التي تمتلك الآن منظمة تفي بالغاية نوعاً ما .

وينصرف إهتمام عدة هيئات في فرنسا إلى الصحة النفسية وقد ذكرنا سابقاً أقدمها وهي العصبة الفرنسية للوقاية النفسية ، ومركزها باريس ، وهي تهتم خاصة بالإعلام والتربية وتنظم كذلك سنوياً أياماً للصحة النفسية تعالج خلالها مواضيع ذات نفع عام ، وتصدر نشرة فصلية مخصصة لتأمين الصلة بأعضائها ومجلة علمية بعنوان «الوقاية النفسية» .

ونذكر من بين إنجازاتها «المكتب الجامعي للمساعدة النفسية (B.A.P.U) الذي أنشىء بدعم من الرابطة العامة للطلاّب . ويشغّل هذا المكتب كعيادة للوقاية النفسية ، كما يوفر إمكانيات للمعالجة . ونذكر أيضاً الإتحاد القومي لعائلات المرضى النفسيين والمرضى القدامى وروابطهم (U.N.A.F.A.M) وهذا الأخير يؤدي وظيفة تربوية قيّمة بالرغم من كونها غير مباشرة .

وهناك هيئة أخرى تهتم اهتماماً أكبر بالمشاكل الطبية ـ الإجتماعية للمرضى النفسيين ، هي الإتحاد الفرنسي لجمعيات الكروا ـ مارين

(Croix - Marine) التي تأسست سنة 1947 . ويضم هذا الإتحاد ، خاصة في المناطق ، جمعيات نشيطة جداً تؤثر تأثيراً بالغاً بفضل منشوراتها ونشاطاتها واجتماعاتها السنوية ، ومركزها مدينة كليرمون ـ فران (Cler-mont - Ferrand) . وتجدر الإشارة أيضاً إلى رابطات ، هي بدون أن ترتبط مباشرة بالصحة النفسية ، تساهم فيها بدرجات متفاوتة . وهذه حالة الرابطة الفرنسية لحماية الطفولة والمراهقة ، المعروفة قديماً باسم الإتحاد القومي لرابطات المناطق من أجل حماية الطفولة والمراهقة ، واللجنة القومية الفرنسية لمكافحة الإدمان على الكحول ، والجمعية الفرنسية للطب الجسدي ـ النفسي ، ورابطة «الإنطلاق المستعاد» (l'Elan Rétrouvé) ، ومدرسة الأهل والمربين . وقد ألّفت كل هذه الروابط منذ وقت يسير لجنة ارتباط فرنسية في ميدان الصحة النفسية بغية تنسيق نشاطاتها وتأمين الاتصالات بالهيئات العالمية الكبرى .

3 ـ المظاهر الدولية

إن الإتحاد العالمي للصحة النفسية هو الذي يجسّد هذه الحركة على الصعيد الدولي . فبالإضافة إلى رابطاته الأعضاء ، يقبل الإتحاد بعض الجمعيات التي تهتم بالصحة النفسية وتضم أعضاء فرديين من كل أنحاء العالم تقريباً ، بصفة منظمات فرعية . وتعقد الجمعية العامة مرة في السنة وهي مؤلفة من بعثات وطنية ، وهي التي تنتخب المجلس التنفيذي الذي يتوزع أعضاؤه على القارات الخمس ، وينتمون إلى مهن مختلفة ، بشكل يعكس التوجيه عبر الثقافات والمذاهب المتعددة . أما بالنسبة للإتجاه العلمي والإداري فهو في عهدة مدير عام أو أمين عام يعيّنه المجلس .

وتظهر نشاطات الإتحاد العالمي للصحة العقلية في مستويات ثلاثة :

نشاطات تنسيقية ، نشاطات تمثيلية ، ونشاطات علمية صرفة . فالنشاطات التنسيقية تقوم على الإتصال بالأعضاء ، ولهذه الغاية ينظم الإتحاد اجتماعات ومؤتمرات . وتعقد هذه الإجتماعات كل سنة في بلدان

شتى وتتناول مجموعة كبرى من المواضيع . أما بالنسبة للمؤتمرات فإنها تعقد في فترات متفاوتة وتدوّن إلى جانب المؤتمرات الثلاثة الأول الموضوعة تحت رعاية لجنة بيرز الدولية القديمة . ويصدر الإتحاد أيضاً نشرة ، ويشجع المبادلات بواسطة الزيارات والإستشارات .

وتهدف النشاطات التمثيلية إلى إقامة اتصالات مع الهيئات الدولية الأخرى . ويتمتع الإتحاد بصفة قانونية إستشارية لدى الأمم المتحدة ولدى بعض وكالاتها المختصة ، مثل المنظمة العالمية للصحة ، والأونيسكو ومنظمة العمل الدولية . ولا تسمح هذه الصفة القانونية للإتحاد فقط بعقد علاقات مع هذه الهيئات ، وإنما بالتأثير على البرامج وذلك بعرض وجهة نظر الصحة النفسية . وهذا التأثير هو غالباً غير مباشر ولكنه قائم فعلاً . ومجمل القول أن الإتحاد يلعب على الصعيد الدولي دور الجمعيات الوطنية إزاء حكوماتها . ويساهم أيضاً مع عدد مهم جداً من الهيئات غير الحكومية ذات الأهداف المتقاربة .

وعلى الصعيد العلمي ، ينظّم الإتحاد العالمي للصحة النفسية ندوات ومحاضرات وحلقات دراسية ، وينشر الملخصات والتقارير عنها . واهتمت إحدى اللجان ، طيلة سنوات ، بدراسة الأسس النظرية للوقاية النفسية بطريقة تعطي لعملها أسساً أكثر رسوخاً . وقد أسس الإتحاد حديثاً مركزاً للإعلام والتوثيق في ميدان الصحة النفسية . وأخيراً علينا أن نذكر المبادرة التي قام بها سنة 1960 بتنظيم «السنة العالمية للصحة النفسية» ، فهذا الإنجاز المستوحى من نتائج السنة الجيوفيزيائية أحدث نشاطاً هائلاً على الصعيد الوطني والدولي في معظم بلدان العالم .

ولم تعرف حركة الصحة النفسية الإمتداد الذي تعرفه حالياً لولا التدخل الحاسم الذي قامت به المنظمة العالمية للصحة . ففي سنة 1949 أنشىء قسم للوقاية العقلية أصبح منذ ذلك الحين «وحدة الصحة النفسية» ، وإذا كانت قد تألفت بنية لنظرية في الصحة النفسية ، فذلك مردّه إلى الأعمال العديدة التي قامت بها هذه الهيئة . فمنذ تأسيسها

تعاقبت لجان من الخبراء للتركيز على قضايا شتى ، ولتحضير تقارير تنتشر إنتشاراً واسعاً جداً . فحاول أول هذه التقارير تحديد مبادىء العمل في مادة الصحة العقلية ، وطالب ثانيها بإدخال مبادىء الصحة النفسية ضمن خدمات الصحة العامة . وتتناول التقارير الأخرى كل مظاهر الوقاية العقلية من تشريع ، وعمل وقائي ، وعناية بالمرضى ، وإعداد للأطباء النفسيين ، وأطباء الطب العام ، والهيئة الصحية ، وتهيئة المدرّسين للعمل الصحي ، الخ . . .

ولم تهمل المشكلات التي لها علاقة أدق بالموضوع . وهذه حالة مشكلات الصحة النفسية المتعلّقة بالشيخوخة والتبني والإدمان على الكحول والتأخر العقلي ، من بين قضايا عديدة أخرى . وتؤلف بعض القضايا موضوع دراسات قائمة بذاتها ، كعلم العدوى ، وجنوح الطفولة ، والعناية بالأمومة ، ومراكز توجيه الطفولة . وتعطي هذه اللائحة غير الكاملة فكرة عن القطاعات المدروسة سابقاً . وينتج عنها مجموعة من التوصيات التي تسمح لمختلف الحكومات بتنظيم مساعدتها النفسية الطبية من خلال أحدث المعطيات .

وبالإضافة إلى هذه الدراسات ، ترسل المنظمة العالمية للصحة المستشارين إلى كل أنحاء العالم تقريباً ، وتساعد الدول في ترسيخ الخدمات التي هي بحاجة إليها ، وتقدم مُنحاً دراسية تسمح للعديد من الأطباء النفسيين ، وكذلك للهيئة المساعدة بأن تستكمل إعدادها . ونضيف أن «وحدة الصحة النفسية» ساهمت دوماً مع الإتحاد العالمي للصحة النفسية مساهمة فعّالة . وبالفعل فإن لكل منهما وظائف محددة تماماً ناتجة عن انتمائه إما إلى القطاع الحكومي ، وإما إلى القطاع غير الحكومي ، وكذلك القول عن بنيتها الخاصة .

وقد أنشئت منذ بضع سنوات هيئة دولية ثالثة ، وهي مدعوة لأن تلعب دوراً خطير الأهمية . تلك هي الرابطة العالمية للطب النفسي التي تضم بشكل خاص جمعيات مهنية . ولهذه الهيئة أهداف علمية ، وهي

تعنى بالبحث والتعليم أيضاً . ونذكر كذلك اللجنة العالمية لمكافحة الأمراض النفسية ، التي مقرّها الولايات المتحدة ، والتي نظّمت حتى الآن مراكز للمعالجة في ثلاث أو أربع دول . وأخيراً ، أنشئت منذ فترة وجيزة رابطة دولية للطب النفسي الإجتماعي .

ولكننا لم نتكلم إلا عن المنظمات الدولية التي تختص فقط بالوقاية النفسية ، فهناك العديد غيرها الذي تبدو أهدافه مختلفة ، ولكن له في الواقع نشاطات تقترب من نشاطات تلك الهيئات ، ويسعى العديد من المنظمات لتقديم العون والمساعدة لبعض فئات من الناس ، كالطفولة مثلاً . ومن البديهي أن تنطوي نشاطات هذه المنظمات على ألوان من النشاطات النفسية . ويمكن ربط العديد من أعمال الوكالات المختصة في الأمم المتحدة بقضايا الصحة النفسية . وقد اهتمت الأونيسكو كثيراً بأوقات الفراغ ، والتمييز العنصري ، والتعصب ، والتوترات الدولية أيضاً . ونشير كذلك إلى أهمية قطاع الدفاع الإجتماعي في منظمة الأمم المتحدة من أجل الوقاية النفسية في ميدان الجنوح .

4 ـ المستقبل

ترجع حركة الصحة النفسية ، بالمعنى الحصري لهذا التعبير ، إلى العديد من الجمعيات التي تدين بشكل أو بآخر إلى بِرز . وهي في الواقع تخطى هذا النطاق . فلقد رأينا أن هناك منظمات قومية وعالمية تسعى وراء أهداف مشابهة وقد ساهمت في الإزدهار الحاصل في السنوات الأخيرة . وتساهم انجازات هذه الحركة في حقل المساعدة الطبية النفسية وكذلك في سائر النشاطات التي تصدر عنها . ويقود هذا التمييز بينها كل خطة مستقبلية .

وقد أنجزت حركة الصحة النفسية ، بشكلها القانوني ، الكثير مما تعهدت به . وهكذا تغيّرت جذرياً أوضاع المرضى العقليين في معظم البلدان . وأعيد النظر بالبنيات الطبية النفسية ، ودخلت المعالجات

الحديثة جداً في كل مكان . ومع هذا ، يبقى الكثير الذي علينا عمله . فالإزدهار ليس شاملاً ولا يزال هناك مناطق يلفها الجهل حتى في البلدان الأكثر تقدماً . وغالباً ما تكون التشريعات بعيدة عن أن تنطبق على المفاهيم الحالية . وبالرغم من كل ذلك فالنتائج ايجابية ، فمن هذه الوجهة هناك نجاح لا يمكن انكاره .

وربما هناك نجاح ، نوعاً ما غير أكيد ، فيما يخص العمل الوقائي في مستواه الأولي . وربما عرض هذا العمل بطريقة متفائلة وغامضة جداً . فقد اعتقد البعض أنه يكفي أن نغيّر الأوضاع الإجتماعية لكي نخفف من وقوع الأمراض النفسية . فقد أطريت أحياناً ، بدون أساس كافٍ ، بعض الإجراءات العامة ، وحوّل بعض الكتاب ، حتى المشاكل المعقدة ، مثل مشكلة العلاقات الدولية ، أو وجود الحروب، إلى مجرد قضايا وقاية عقلية . وقد أسهمت بعض المبالغات في الحط من قيمة الحركة في بعض الأوساط العلمية .

وحركة الصحة النفسية هي على منعطف تاريخي ، فقد حققت جزءاً من أهدافها ، وظهرت من ثم منظمات أخرى لكي تتابع عملها . فبفضلها أدرك القطاع الحكومي مسؤولياته ، واستدرج إلى استعادة بعض نشاطاته . وقد حان وقت تقييم النتائج لمتابعة السير نحو الأمام ، فبمقدار ما نجحت ، بمقدار ما كانت الحاجة إلى برنامج متجدد .

ولنبحث الآن في مجموعة نشاطات الصحة النفسية ، فإن مستقبلها يتأثر من جهة ، بتطور الطب النفسي والعلوم الإنسانية ، ومن جهة أخرى بتطور المجتمع بالذات . ومنجزات اليوم ، حتى تلك التي تبدو الأكثر ملاءمة ، ليس بالضرورة تلك التي سيُحكم عليها أنها صالحة في المستقبل . فقد يبدّل أحد الأكتشافات تبديلاً جذرياً مظهر الخدمات الحديثة جداً . فقد مضى زمن كان يبدو فيه مستحيلاً ترك الحرية مثلاً لمريض مصاب بالعصاب ، في وقت لم يكن أحد يتخيل أن هيئات يمكن أن تتأصل في المجموعة ، ولكننا أصبحنا نتساءل ما إذا كانت مستشفيات

الطب النفسي لا تزال ضرورية ! فبعض هذه الملاحظات يجب أن يحث على الإحتراس ، فلا شيء راسخ حقاً في عالم يتغير بسرعة .

ومع هذا ، فهناك مجال للإعتقاد أن التيارات التي تظهر في عصرنا داخل المساعدة الطبية النفسية ، تتبلور يوماً بعد يوم . وستتكلم عن اثنين منها : تكامل نشاطات الصحة النفسية في خدمات الصحة العامة ، والتنظيم الفئوي . فعلى أية حال ، شرع في بعض البلدان ، منذ 1950 ، بتحقيق التكامل المنشود على يد المنظمة العالمية للصحة . وليس من شك أن يكون في هذا التحقيق صيغة المستقبل ، فهذه الصيغة تدل عملياً على الغاء مبدأ عزل المرضى النفسيين ، والإعتراف بوحدة الشخصية الأساسية . وتسمح هذه الصيغة بتوفير أية حاجات صحية بطريقة انسانية واقتصادية .

ويفرض تقديم الخدمات المتكاملة اجمالاً إعادة النظر بالتشريعات ، وقد عالج التقرير الرابع للجنة خبراء المنظمة العالمية للصحة (1955) هذه القضية . وأجرى الإتحاد العالمي للصحة النفسية بعد ذلك دراسة عن هذا الموضوع في تسع من البلدان الأوروبية . وفي سنة 1959 ، أعادت انكلترا صياغة تشريعها كلياً مدخلة عليه المبادىء الحديثة جداً . وربما في ذلك ، أفضل الأمثلة من هذا النوع . وشكلت في فرنسا لجنة لهذا الغرض ، ويجري الآن بحث تعديلات تشريعية هامة . ويمكننا أن نتساءل ما إذا كانت كل هذه الجهود ، بالرغم من أهميتها ، لا تزال متخلفة . فنحن إذا خضنا بالفعل في مبدأ التكامل حتى النهاية، فسنصل من ذلك إلى مواجهة قيام قانون تشريعي صحي موحد يتضمن أحكاماً خاصة تبعاً لأنواع المرضى ، من أية فئة كانوا .

أما بالنسبة للميل إلى هذا التنظيم الفئوي ، فإنه يبدو واضحاً تماماً كي يؤخذ به . ويتعلق انتشاره بالمؤسسات القائمة ، وهو خاضع لألوان معينة من التنظيم الإجتماعي ، ومع العلم بهذه القيود ، لا يبدو أن هناك صيغ أفضل لتأمين الوقاية في كل المجالات . ويفرض هذا الميل تنسيقاً وظيفياً

للبنيات الطبية والإجتماعية . ونرى في آخر تحليل أن الميل إلى التنظيم الفئوي مبني على مفهوم للصحة جديد نسبياً ، فالصحة لا تعني الخلو من المرض ، ولكنها تشكل قيمة في حد ذاتها ، . فالقضية ليست فقط تنظيم التصدي للمرض وإنما حماية الحالة الصحية وغنائها إذا أمكن . وهذا فارق جوهري .

وستكون دراستنا ناقصة إذا نحن لم نخوض غمار البحث العلمي . فهو الذي يبرر العمل ويجعله ممكناً في الحاضر والمستقبل . ونحن قد شكونا في العديد من المناسبات من تقصير الجهود العلمية في ميدان الصحة النفسية ، وأشرنا إلى التعقيد البالغ للموضوع من الوجهتين النظرية والتقنية . ونضيف أنه ليس من السهل تمويل الأبحاث في هذا المجال بالقدر المطلوب ، فالمقاومة عظيمة ، والمجتمع ليس مستعداً كثيراً ، كما يبدو ، للقيام باستثمارات لا مفر منها . وذورة ما يصبى إليه إنشاء مركز دولي لأبحاث الصحة العقلية يقوم بتنسيق ما يبحث في كل أنحاء العالم ، وإكمال المعلومات الأساسية وطرائق التطبيق كذلك . ولا تبدو الهيئات الحالية قادرة على القيام حقاً بهذه الوظيفة ، كما يجب ، بالرغم من أن عدداً كبيراً منها يقوم بنشاطات في ميدان الأبحاث .

وليس باليسير وضع لائحة بالمواضيع التي تفسح المجال لإستثمارات أشمل ، وبالطبع فإن كل المظاهر تقريباً التي أثرناها في هذه الصفحات تتطلب توضيحاً وتتميماً . فعلى سبيل التعيين ، نذكر بعضاً من الميادين الرئيسية التي يتفق عليها خبراء الصحة النفسية ليوجهوا جهودهم إليها كعلم الأوبئة ، وعلم بيئة الأمراض النفسية ، وعلم أسبابها أيضاً ، وكذلك تسمياتها ، وتكوين وعمل الدفاع ، والمعالجات ، وتنظيم العمل الوقائي والمساعدة الطبية النفسية ، وتقنيات تقدم الصحة النفسية وتقييم البرامج ، وآثار التنظيم الإجتماعي على تكوين الشخصية وأنواع التصرفات ، والتأقلم الثقافي ، ودراسة أمراض مزمنة معينة كالتأخر

العقلي ، الخ . . . . ومن البديهي أن أبحاثاً كهذه تتطلب وسائل هائلة ، ويجب أن تدعمها هيئات ملائمة مختصة . ولا يمكن لهذه الهيئات إلا أن تكون متعددة الإختصاصات والثقافات ، مما يصبغها بصبغة دولية .

الخاتمة

ها قد وصلنا إلى نهاية بحثنا . فقد حاولنا بادىء ذي بدء أن ندرك معنى مفهوم الصحة النفسية بالذات ، بكل ملابساته . وأقلعنا عن تحديده بشكل مختصر ومصطنع ، فاستخرجنا عدداً من المعايير التي بدت لنا قيّمة ، وأوضحنا تأثير عوامل المحيط ، وتساءلنا انطلاقاً من هذه المعطيات عن الطرائق في ميدان الصحة النفسية ، ورأينا أنها تنبثق عن تطور الأفكار والمعالجات وتنظيم المساعدة الطبية النفسية . وهذا ساعدنا في أن نتعرف إلى امكانيات وحدود الوقاية بشتى مظاهرها .

فماذا نستنتج ؟ ليس من السهل ، وأغلب الظن نادراً ما هو مرغوب ، أن نختصر ببضع صيغ النقاط الأساسية التي عالجناها ، فقد اقتصرت هذه النقاط على ما هو جوهري ، وسنكتفي إذن بملاحظة قصيرة ذات طابع عام جداً ، وهذه الملاحظة مبنية على أساس مبدئي هو أن الصحة النفسية ، تخضع لأنظمة من القيم .

وإذا أردنا ذلك أم لا ، فإن المفاهيم التي تحدثنا عنها تعد إلى عالم خاص هو العالم الغربي ، وربما أيضاً إلى بنيات متطورة نسبياً داخل الجماعة . وبحثنا وراء ذلك عن الفروقات الثقافية ، وهذا يبدو خاصاً بكل الكائنات البشرية . وبالرغم من جهودنا ، فقد بقي هناك ، دون شك ، حد غامض لا يزلل ، فعلينا أن نحترس إذن من التعميمات السريعة ، ويجب أن نتجنب اعتبار الصحة النفسية كقيمة مطلقة وهذا ما يؤدي إلى أن نغدق عليها معنى قد لا يكون لها ، فتكوين الشخصية يدل على صيغة موحدة ، وكذلك القول عن حماية وتقدم الصحة النفسية . فبهذه الروح يجب أن يُعرض العمل الوقائي .

الموضوع **الصفحة**

مدخل 5

الباب الأول :

مفهوم الصحة النفسية

الفصل الأول : في البحث عن تحديد 9

الفصل الثاني : تكوّن الشخصية 19

الفصل الثالث : ظروف الصحة النفسية 29

الفصل الرابع : معايير الصحة النفسية 43

الباب الثاني :

الطرائق والتقنيات

الفصل الخامس : تطور الأفكار 61

الفصل السادس : المساعدة الطبية النفسية 73

الفصل السابع : الوقاية الأولية 87

الفصل الثامن : حركة الصحة النفسية 99

الخاتمة 111

1992 / 1 / 404


مكتبة
تيجرام
غواص في بحر الكتب
محمد خطاب

هذا الكتاب

ما من بلد في العالم إلاّ ويعدّ متأخراً في مجال معالجة المرض النفسي ، فعدد المصابين به في ازدياد ، ومن الوهم الاعتقاد بأن بناء المستشفيات ، وإعداد الاختصاصيين هو الحل الناجع لهذه المعضلة العالمية .

إن العوامل التي تزيد من استشراء هذا المرض عديدة ، منها تزايد السكان وكثافتهم في المدن ، وتردّي الأحوال المعيشية والبلبلة التي تتعرّض لها القيم والمعتقدات . ولـمّا كانت حركة التصنيع في تزايد ، فقد حملت معها أيضاً بعضاً من الأمراض النفسية ، ولذا برزت الحاجة إلى إجراءات وقائية ناجعة .

في هذا الجو المنذر بالمرض ، المشحون بالحروب يأتي صدور كتاب «**الصحة النفسية**» كإسهام بارز في الاضاءة على هذا الموضوع. ولعلّ عناوين فصوله كافية لجذب انتباه القرّاء إلى متابعة المضمون .

في باب **نظري** عالج المؤلف الحالة النفسية لدى المرضى والأسوياء ، والتكيّف الناجح مع الحياة

وفي باب تطبيقي تحدّث عن تطور الأفكار في النظر إلى المرضى النفسيين ، وكيفية معاملتهم ، ووسائل العلاج والحيطة ، ثم أفادنا عن المساعدة الطبية النفسية في المستشفيات وخارجها والخدمات الخاصة في هذا المجال ، والترابط الوظيفي وبرامج العمل ، كما تناول الحيطة العائلية وإجراءاتها وختم بلمحة تاريخية عن العناية بالمرضى النفسيين ومصادر هذه العناية على الصعيدين القومي والعالمي .

إذا كان المجتمع العربي عامةً ، واللبناني خاصةً ، بحاجة ماسّة لكتاب من هذا النوع في ظروف هذا العصر العادية ، فهو بحاجة أمسّ في ظروف الاضطرابات العالمية والاقليمية .

المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع

Maquette/ تصميم الغلاف : اماكيت